



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

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

Relatório de Estágio

**Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica com Insuficiência Cardíaca**

**Specialised Nursing Intervention for Critically Ill Person
with Heart Failure**

Ana Teresa Ramos Martins

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

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

Relatório de Estágio

**Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica com Insuficiência Cardíaca**

**Specialised Nursing Intervention for Critically Ill Person
with Heart Failure**

Ana Teresa Ramos Martins

Orientadora: Professora Mestre Diana Vareta

Almada

2024

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

Reaching for something in the distance
So close you can almost taste it
Release your inhibitions
Feel the rain on your skin
No one else can feel it for you
Only you can let it in
No one else, no one else
Can speak the words on your lips
Drench yourself in words unspoken
Live your life with arms wide open
Today is where your book begins
The rest is still unwritten

Natasha Bedingfield



AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por serem o meu pilar e o meu colo. Obrigada por me mostrarem o que é o amor incondicional, e por todos os esforços que fizeram por mim. Amo-vos, e tenho muito orgulho em vocês e de ser vossa filha.

À minha família, que mesmo estando a quilómetros de distância, estão sempre disponíveis para mim.

Aos meus vizinhos, por serem a melhor família adotiva.

Às minhas oito estrelas que têm a luz mais brilhante. Obrigada por iluminarem o meu caminho e cuidarem de mim.

Ao Moisés, por me apoiares e ajudares em tudo. Por todas as vezes em que me levantaste quando eu estava em baixo. És, sem dúvida, a melhor pessoa e o maior presente que esta profissão e a vida me deu.

À Rita, o melhor presente que esta experiência me trouxe. Obrigada por toda a ajuda que me deste ao longo deste tempo. Sei que te ganhei para a minha vida toda.

Aos meus amigos, por serem a melhor família que eu podia ter escolhido. Obrigada por todo o apoio e motivação que sempre me deram.

Aos meus colegas de trabalho, por toda a compreensão, ajuda e motivação que me deram durante este período.

À professora mestre Diana Vareta, por toda a paciência e ajuda. Tive muita sorte em tê-la como orientadora.

A todos os professores que integraram este curso, pela ajuda e conhecimentos transmitidos.

Aos enfermeiros orientadores, pela partilha de conhecimentos e de experiências.

A todos, o meu maior obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

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

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

ADR - Área de Doentes Respiratórios
APA - Associação Americana de Psicologia
AngioTAC - Angiografia por Tomografia Computorizada
ARA - Antagonistas do Recetor da Angiotensina
ARM - Antagonistas dos Recetores dos Mineralocorticóides
ARNI - Inibidores da Nepisilina e Recetor da Angiotensina
AOC - Área de Observação Clínica
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BNP - Péptido Natriurético tipo B
CC - Choque Cardiogénico
DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica
DGS - Direção-Geral de Saúde
EAP - Edema Agudo do Pulmão
ECG - Eletrocardiograma
ECMO - Oxigenação por membrana extracorporeal
EcoTT - Ecocardiografia Transtorácica
EE - Enfermeiro Especialista
EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica
EEMI - Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares
ex. - Por exemplo
FEVE - Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
GCLPPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
HGO - Hospital Garcia de Orta
IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
IC - Insuficiência Cardíaca
IECA - Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
iSGLT2 - Inibidores do co-transportador sódio-glicose 2
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica



LASA - *Look alike, sound alike*

ml - mililitro

nº - número

NT-proBNP - péptido natriuréticos tipo B (BNP)/porção N-terminal do propeptídeo natriurético tipo B

NYHA - New York Heart Association

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

pg - picograma

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC - Pessoa em Situação Crítica

Raio-X - Radiografia

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV - Suporte Avançado de Vida

SEC - Sociedade Europeia de Cardiologia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPC - Sociedade Portuguesa de Cardiologia

START - *Simple Triage And Rapid Treatment*

SUG - Serviço de Urgência Geral

TRTS - *Triage Revised Trauma Score*

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UIMC - Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico

ULSAS - Unidade Local de Saúde Almada-Seixal

UNICOR - Unidade de Cuidados Coronários

VE - Ventrículo Esquerdo

VMER - Viatura Médica de Emergência



RESUMO

A pessoa é um ser social com direito a autodeterminar-se e a ter uma posição ativa na procura de melhores níveis de saúde. O enfermeiro atua na relação terapêutica com a pessoa e família, desenvolvendo os seus conhecimentos e as suas intervenções com base no projeto de saúde da pessoa.

A Insuficiência Cardíaca é a primeira causa de hospitalização em pessoas com mais de 65 anos, nos países desenvolvidos, associando-se um aumento do número de portadores desta patologia ao envelhecimento da população. Apesar dos avanços científicos ao longo das últimas três décadas, a Insuficiência Cardíaca representa elevadas taxas de mortalidade e de internamentos hospitalares, constituindo um grande impacto no sistema de saúde nacional.

O enfermeiro especialista tem uma ação fundamental na prevenção de complicações e na implementação de uma intervenção eficiente a um problema identificado. A resposta adequada de acordo com o problema reconhecido deve ser a área de atuação do enfermeiro especialista promovendo cuidados de saúde com vista à recuperação da pessoa. Desta forma, foi realizada uma pesquisa com base na evidência científica aliada à teoria das transições de Afaf Meleis.

A intervenção de enfermagem deve ser estabelecida com base na pessoa alvo dos cuidados e, por isto o enfermeiro especialista deve ter a capacidade de adequar e direcionar a sua ação numa perspetiva centrada na pessoa e na sua família.

Associado ao estudo da problemática, o presente relatório demonstra os objetivos delineados para o estágio e o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, assim como a descrição e análise das atividades, e como foram fundamentais para o desenvolvimento de competências.

Palavras-chave: cuidados críticos, insuficiência cardíaca, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

The person is a social being with the right to self-determination and an active role in the search for better levels of health. The nurse acts in a therapeutic relationship with the person and their family, developing their knowledge and interventions based on the person's health project.

Heart failure is the leading cause of hospitalization in people over the age of 65 in developed countries, and an increase in the number of people with this condition is associated with an ageing population. Despite scientific advances over the last three decades, heart failure represents high rates of mortality and hospital admissions, and has a major impact on the national health system.

The specialised nurse has a fundamental role to play in preventing complications and implementing an efficient intervention for an identified problem. The adequacy of the response according to the recognised problem should be the specialised nurse's area of action, promoting health care with a view to the person's recovery. In this way, I carried out research based on scientific evidence combined with Afaf Meleis' theory of transitions.

Nursing intervention must be based on the person being cared for and, for this reason, the specialist nurse must have the ability to adapt and direct their action from a perspective centred on the person and their family.

Linked to the study of the problem, this report demonstrates the development of specialised nursing skills, by describing and analysing the activities carried out during the internship, as well as the objectives outlined and how they were fundamental to the development of skills.

Keywords: critical care, nursing interventions, heart failure

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. Insuficiência Cardíaca	23
1.2. A pessoa em situação crítica com insuficiência cardíaca	28
1.3. Intervenções de Enfermagem à pessoa em situação crítica com insuficiência cardíaca	30
1.4. Teoria das Transições no cuidado à pessoa em situação crítica com insuficiência cardíaca ...	32
2. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
2.1. Caracterização dos locais de estágio	39
2.2. Descrição e análise das atividades desenvolvidas	42
2.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	42
2.2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista	56
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo da Revisão *Scoping*

Apêndice II - Objetivos de Estágio

Apêndice III - Folheto “Como Viver com Insuficiência Cardíaca”

Apêndice IV - Grelha de auditoria da higienização das mãos com taxas de conformidade

Apêndice V - Jornal de Aprendizagem relativo ao Serviço de Urgência Geral

Apêndice VI - Jornal de Aprendizagem relativo à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Apêndice VII - Jornal de Aprendizagem relativo à Unidade de Cuidados Coronários

Apêndice VIII - Plano de formação referente à apresentação do folheto

Apêndice IX - Póster sobre a prevenção do *delirium* na pessoa em situação crítica em Unidade de Cuidados Intensivos: papel da família

Apêndice X - Póster “Imobilização total da coluna da pessoa vítima de trauma: prática baseada na evidência ou tradição

Apêndice XI – Póster “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Insuficiência Cardíaca”

ANEXOS

Anexo I - Protocolo de perfusão de insulina (Universidade de Pittsburgh)

Anexo II – Certificado de presença (IV Jornadas Científicas Universitárias e Politécnicas Egas Moniz)

Anexo III - Certificado de presença (Congresso Diálogos de Hipertensão Pulmonar)

Anexo IV - Certificado de presença (Congresso South Side of the Heart)

Anexo V - Certificado de presença (Congresso de Doente Crítico)

Anexo VI - Certificado de presença na Formação em Serviço (Unidade de Cuidados Coronários)

Anexo VII - Certificado de presença na Formação em Serviço (Unidade de Cuidados Coronários)

Anexo VIII – Certificado de presença (III Jornadas de Enfermagem - ONE HEALTH: Conquistas e Desafios)

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Sintomas e Sinais da Insuficiência Cardíaca

Quadro 2 - Estádios da Insuficiência Cardíaca e classificação funcional

Quadro 3 - Classificação clínica da pessoa com Insuficiência Cardíaca aguda segundo a presença e ausência de congestão e/ou hipoperfusão

Figura 1 - Evolução da qualidade de vida da pessoa com Insuficiência Cardíaca ao longo da progressão da doença

Figura 2 - Teoria das Transições

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, referente ao ano letivo 2023/2024, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Mestre Diana Vareta.

Este tem por finalidade documentar e refletir de modo crítico as competências adquiridas ao longo do estágio, alicerçado aos processos de aprendizagem e aquisição de competências. Por se tratar de um curso de mestrado, o desenvolvimento de competências foi baseado nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, permitindo uma intervenção com intenção de contribuir para a investigação e aperfeiçoamento de competências (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013). Tendo em conta que o presente relatório pretende para além da aquisição do grau académico de mestre, a atribuição de título profissional de Enfermeiro Especialista (EE) reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e integrado na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi crucial enquadrar as competências comuns e específicas estabelecidas pela OE (Regulamento número [nº] 140/2019 de 6 de fevereiro; Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho).

A elaboração deste relatório representa o culminar da metodologia de projeto desenvolvida desde a reflexão sobre a temática a aprofundar. Esta assenta na união entre a competência teórica e na execução prática, contribuindo para a mobilização de conhecimentos na prestação de cuidados. Esta metodologia procura dar resposta a determinados problemas, permitindo a aquisição de capacidades e competências pessoais no sentido de garantir a criação de projetos em contexto real. Assim, é constituída por cinco fases: realização do diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento das atividades, execução e avaliação, e divulgação dos resultados. Desta forma, é possível entender melhor a realidade da população alvo pela temática abordada, permitindo a criação de um plano apropriado e de uma ação que permita alterar e melhorar essa realidade (Ferrito et al., 2010).

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte a nível mundial (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021). Neste contexto, a Insuficiência Cardíaca (IC) surge como consequência

final comum à maioria das cardiopatias. Fonseca et al. (2018) refere que entre 5 a 10 pessoas em cada 1000 é diagnosticada com IC. Esta define-se como

“uma anomalia na estrutura ou na função cardíaca, que resulta na incapacidade do coração fornecer as doses de oxigénio necessárias às exigências dos tecidos, apesar das pressões de enchimento normais (ou apenas à custa do aumento das pressões de enchimento)” (Sociedade Portuguesa de Cardiologia [SPC], 2021, página [p.]355).

A nível mundial, a IC é uma situação de emergência médica que pode colocar a vida da pessoa em risco, sendo uma das principais razões de recorrência aos serviços de saúde (Cowie et al., 2014). Em Portugal, a prevalência da IC é de aproximadamente 4,36% na população adulta (Fonseca et al., 2018). Os estudos realizados preveem um aumento desta prevalência de cerca em 30% até 2035 e 33% até 2060. Corroborando este facto, Ohbe et al. (2021) afirmam que o número de pessoas em situação crítica (PSC) com IC em unidades de cuidados intensivos (UCI) tem vindo a aumentar exponencialmente ao longo da última década (Hsu & Li, 2018). Os sintomas experienciados pela pessoa com IC podem causar limitações nas atividades de vida diária e, consequentemente, diminuir a qualidade de vida (Liljeroos & Strömberg, 2019). De salientar também que, o diagnóstico e os reinternamentos de pessoas com IC aumentam a taxa de mortalidade em 40% num ano após o primeiro internamento (Gheorghiu & Barkley, 2017).

A necessidade de internamento hospitalar e de terapias cada vez mais avançadas, acarreta custos elevados para a economia (Lee et al., 2022). O tratamento à pessoa com IC aguda inclui terapias farmacológicas, mas também o uso de técnicas invasivas, tais como ventilação mecânica, suporte circulatório mecânico e terapia de substituição renal (Ohbe et al., 2021). Os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados e prestados de forma contínua atendendo ao risco imediato. Estes permitem manter as funções básicas de vida, com vista a prevenir complicações e limitar incapacidades, e assim, alcançar a sua recuperação total (Regulamento n° 429/2018, 2018). Neste contexto, através da atualização contínua dos seus conhecimentos e competências, os enfermeiros são profissionais de saúde aptos para integrar as reuniões de tomada de decisão que acontecem entre o médico e a pessoa/família (Bridges, 2017). Deste modo, é fundamental que a PSC receba cuidados de uma equipa de profissionais de saúde especializada e com competências específicas que proporcione cuidados de saúde dignos, seguros e adequados (Hsu & Li, 2018; Monteiro et al., 2020).

O EE deve ser reconhecido pelas suas competências técnicas, científicas e humanas que lhe permitem uma atuação especializada e direcionada à promoção de cuidados de saúde adequados, por forma a garantir a satisfação da pessoa (Decreto-Lei n° 161/96, 1996).

É de salientar que, alicerçado ao problema de saúde pública evidente, o interesse pessoal na pessoa com patologia cardíaca foi crucial para direcionar a temática de estudo. Assim, após o reconhecimento de um problema na área do cuidado especializado à PSC, aprofundou-se o conhecimento sobre a temática através da procura de informação baseada na evidência científica, e que respondesse à pergunta de investigação “Quais são as intervenções de enfermagem à PSC com IC”. Foi realizada uma revisão *scoping* estruturada segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute*.

Dada a importância que a atividade prática tem para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, os locais de estágio foram o serviço de urgência geral (SUG), a unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) e a unidade de cuidados coronários (UNICOR). Para além dos contextos típicos do cuidado à PSC, procurou-se atuar numa unidade do foro cardíaco de forma a desenvolver uma prática diferenciada.

Após a escolha da temática, foram estabelecidos os objetivos de estágio tendo em consideração as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (EEEMCPSC). Assim, os objetivos definidos foram:

- Promover cuidados de saúde dignos e seguros associados à prática profissional;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão dos cuidados e na identificação de áreas passíveis de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC;
- Aprofundar conhecimentos na área da patologia cardíaca, nomeadamente na IC;
- Desenvolver competências de enfermagem no cuidado à PSC com IC e à sua família;
- Desenvolver competências de enfermagem na gestão e prevenção de complicações, e na antecipação dos focos de instabilidade na PSC;
- Assistir a PSC e a família nas perturbações emocionais decorrentes da experiência vivida.

A aquisição de competências seguiu o modelo de Patricia Benner que se refere ao seu trabalho “*De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*” (Benner, 2001). Este integra a teoria de que o desenvolvimento de competências é um percurso progressivo que compreende os estádios de iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Esta evolução de competências

possibilita que o enfermeiro desenvolva áreas de perícia e que tenha um corpo de conhecimento que suporta a sua ação (Benner, 2001). A Teoria das Transições de Afaf Meleis estabeleceu-se como referencial teórico no sentido de nortear a intervenção de enfermagem, que tem em consideração a resposta da pessoa à nova condição clínica e a importância da capacitação da mesma para que possa alcançar uma transição saudável.

No que se refere à estrutura do relatório, após a presente introdução, apresenta-se o enquadramento teórico por forma a contextualizar a problemática, que se conjuga com os resultados da revisão *scoping* e dos referenciais teóricos que englobam e fundamentam a temática. Segue-se a exposição dos locais de estágio e de que forma contribuíram para o processo de desenvolvimento de competências. Posteriormente, apresentam-se as considerações finais onde é elaborada uma avaliação global do percurso efetuado e onde são abordados os principais contributos do estágio para o desenvolvimento pessoal e profissional. De seguida, são enumeradas as referências bibliográficas consultadas para a fundamentação do relatório. Por fim, apresentam-se os apêndices e anexos que complementam o trabalho.

Este documento encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa. Na sua elaboração foi utilizado o guia orientador para elaboração das teses de mestrado e de doutoramento da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, e as referências bibliográficas pelo estilo da American Psychological Association (APA) sétima edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

As doenças crónicas são definidas como condições clínicas que permanecem durante um ou mais anos, necessitando de seguimento médico contínuo e/ou limitam as atividades de vida diárias (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). São responsáveis pela morte de 41 milhões de pessoas a nível mundial (OMS, 2023a). A IC consta na lista de doenças crónicas divulgada pelo Ministério da Saúde desde 1996 (Portaria nº 349/96, 1996).

A IC é uma síndrome clínica caracterizada por uma anomalia estrutural e/ou funcional do coração que origina pressões intracardíacas elevadas e/ou débito cardíaco inadequado durante o esforço e/ou repouso. Manifesta-se por um conjunto de sintomas cardinais, como a dispneia, o edema maleolar e a fadiga, que podem surgir acompanhados de sinais, como a pressão venosa jugular elevada, fervores pulmonares e edema periférico (Sociedade Europeia de Cardiologia [SEC], 2021).

A identificação da etiologia da disfunção cardíaca é fundamental no diagnóstico da IC, pois é com base nesta que se determina o tratamento adequado (SEC, 2021; SPC, 2021). São fatores causais a doença arterial coronária, a hipertensão arterial, a doença valvular, a doença inflamatória (por exemplo [ex.] miocardite viral, doença de Chagas), a doença infiltrativa/metabólica (ex. amiloidose, sarcoidose), as arritmias, a doença endócrina (ex. hipo ou hipertiroidismo), as toxinas (ex. álcool, drogas), a doença pericárdica, a doença endomiocárdica, a cardiomiopatia secundária a gravidez e a quimioterapia ou fatores genéticos (SEC, 2021).

Frequentemente, deve-se a uma disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, sendo que as três causas principais de diminuição da contratilidade do ventrículo esquerdo são a doença arterial coronária, a estenose aórtica e a hipertensão sistémica. Contudo, as anomalias da função diastólica ventricular, das válvulas, do pericárdio, do endocárdio, do ritmo cardíaco e da condução também podem causar IC, sendo que podem coexistir (Fonseca et al., 2018; SEC, 2021).

A presença de sintomas e/ou sinais de IC e de evidência objetiva de disfunção cardíaca é fundamental para suportar o seu diagnóstico (SEC, 2021). O quadro 1 expõe os sintomas (típicos e menos típicos) e os sinais (específicos e menos específicos).

SINTOMAS		SINAIS	
Típicos		Específicos	
• Dispneia; • Ortopneia; • Dispneia noturna paroxística; • Menor tolerância à atividade; • Fadiga/cansaço, aumento do tempo para recuperar da atividade; • Edema maleolar.		• Ingurgitamento jugular; • Refluxo hepatojugular; • 3° som cardíaco; • Impulso apical lateralmente deslocado.	
Menos típicos		Menos específicos	
• Tosse noturna; • Pieira; • Sensação de enfartamento; • Perda de apetite; • Confusão (mais comum nos idosos); • Depressão; • Palpitações; • Tonturas; • Síncope; • Flexopneia (dispneia na sequência da anteflexão, em atividades como atar atacadores dos sapatos, calçar meias, etc.).		• Aumento de peso (> 2 kg em 3 dias); • Perda de peso (IC avançada) com perda muscular e Caquexia; • Murmúrio cardíaco; • Edemas periféricos (escrotal); • Crepitações pulmonares; • Derrame Pleural; • Taquicardia; • Pulso irregular; • Taquipneia; • Respiração Cheyne-Stokes; • Hepatomegalia; • Ascite; • Extremidades frias; • Oligúria; • Pulso fino.	

Quadro 1 - Sintomas e Sinais da IC (adaptado de SEC, 2021)

Os exames complementares de diagnóstico que permitem o correto diagnóstico de IC são, a pesquisa de marcadores cardíacos nomeadamente o péptido natriurético tipo B (BNP)/porção N-terminal do propeptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP), o Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, a Ecocardiografia Transtorácica (EcoTT), a Radiografia do tórax (Raio-X) e as análises laboratoriais para a

identificação de comorbilidades (SEC, 2021). São exemplos de alterações detetadas nos exames complementares de diagnóstico:

- ECG - pode revelar anomalias como disfunção ventricular esquerda, presença de ondas Q, bloqueio do ramo esquerdo e perturbações da condução auricular ou hipertrofia ventricular esquerda;
- BNP/NTproBNP - concentração plasmática de BNP < 35 picograma (pg)/mililitro (ml) ou NT-proBNP < 125pg/ml torna o diagnóstico de IC improvável. Concentrações elevadas são úteis no prognóstico e podem orientar a investigação cardíaca. Porém, é preciso ter em consideração que outras causas podem conduzir a elevações de NP (ex. fibrilhação auricular, idade avançada, lesão renal aguda ou doença renal crónica). Em pessoas obesas as concentrações de NP podem ser baixas;
- EcoTT - permite a avaliação da função cardíaca, da fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE), dimensões das aurículas/ventrículos, da função das válvulas, função diastólica, entre outros;
- Rx tórax - despista outras causas da dispneia (ex. doença pulmonar) ou para confirmar a presença de congestão pulmonar ou cardiomegalia;
- Análises laboratoriais - hemograma completo, função tiroideia/renal/hepática, glicose, hemoglobina glicada, perfil lipídico e estudo do ferro (SEC, 2021).

Existem outros exames complementares de diagnóstico e procedimentos aos quais se pode recorrer para caracterizar de forma mais aprofundada a IC e a sua etiologia, tais como, a ressonância magnética cardíaca (para caracterização do tecido miocárdico na suspeita de doença infiltrativa, doença de Fabry, miocardite, não-compactação do ventrículo esquerdo (VE), amiloidose, sarcoidose, sobrecarga de ferro/hemocromatose), a coronariografia (nos doentes elegíveis para revascularização coronária ou, pessoas com arritmias ventriculares sintomáticas), a angiografia por tomografia computadorizada (AngioTAC) coronária (em pessoas com probabilidade de doença cardíaca ou com ecocardiograma de sobrecarga farmacológica dúbios, de forma a excluir estenose arterial coronária), a prova de esforço cardiopulmonar (útil na avaliação para transplante cardíaco ou para suporte circulatório mecânico, e para diagnosticar a causa da dispneia de origem desconhecida e/ou a intolerância ao exercício), cateterismo cardíaco direito (recomendado em casos de avaliação para transplante cardíaco ou para suporte circulatório mecânico), e a biópsia endomiocárdica (quando só pode ser confirmado nas amostras de miocárdio) (SPC, 2021).

Existem vários instrumentos de medida que permitem classificar a tipologia de IC por forma a otimizar a terapêutica.

A terminologia basilar na classificação da IC é a avaliação da FEVE, dividindo-se em preservada, ligeiramente reduzida ou reduzida. A sua avaliação é um indicador de prognóstico, na medida em que quanto menor for a FEVE, menor será a sobrevida (Homem et al., 2023).

A IC pode ser caracterizada pelos estadios A (quando há risco de desenvolvimento de IC), B (pré-IC), C (IC já instalada) e D (IC avançada). Estes destacam o desenvolvimento e a progressão da doença, sendo que os estadios avançados e a progressão da doença estão associados ao aumento da mortalidade. As intervenções terapêuticas pretendem modificar os fatores de risco (estadio A), tratar o risco e a doença cardíaca subjacente de forma a prevenir a IC (estadio B) e minimizar os sintomas (estadio C e D). Por outro lado, a classificação da IC segundo a New York Heart Association (NYHA) é utilizada para caracterizar os sintomas e a capacidade funcional da pessoa com IC sintomática (estadios C e D). Apesar de subjetiva, é útil na determinação do tratamento mais adequado (Heidenreich et al., 2022). O quadro 1 explana os estadios da IC e a classificação funcional NYHA.

Estadios da IC		Classificação funcional NYHA	
A	Risco elevado de IC, contudo, não existe alteração estrutural cardíaca ou sintomas de IC.	Nenhum	
B	Doença cardíaca estrutural, aumento de preenchimento de pressões, fatores de risco e níveis elevados de marcadores cardíacos ou elevação persistente de troponina cardíaca na ausência de diagnóstico compatível, não há presença de sinais ou sintomas de IC.	I (leve)	Sem limitação da atividade física. A atividade física normal, não causa dispneia, fadiga ou palpitações.

C	Doença cardíaca estrutural, com presença de sintomas de IC ou prévios.	II (leve)	Ligeira limitação na atividade física. Confortável em repouso, contudo a atividade física habitual pode causar dispneia, fadiga ou palpitações.
		III (moderada)	Limitação marcada na atividade física. Confortável em repouso, mas atividade física pouco frequente gera dispneia, fadiga ou palpitações.
		IV (grave)	Incapaz de praticar qualquer atividade física sem experienciar desconforto. Os sintomas estão presentes em repouso e quando ocorre atividade física, o desconforto exacerba-se.
D	Sintomas acentuados de IC, influenciando as atividades de vida diárias. Há necessidade de intervenção especializada.	IV (grave)	Incapaz de desempenhar qualquer atividade física sem sentir desconforto. Os sintomas estão presentes em repouso e quando ocorre atividade física, o desconforto exacerba-se.

Quadro 2 - Estádios da IC e classificação funcional NYHA (Adaptado de Homem et al., 2023)

A farmacoterapia recai em três objetivos primordiais tais como a redução da mortalidade, a prevenção de internamentos recorrentes por agravamento da IC, e a melhoria do estado clínico, da capacidade funcional e, consequentemente, da qualidade de vida. É crucial que o tratamento necessário seja implementado o mais célere possível, nomeadamente a medicação modificadora de prognóstico a fim de atrasar a progressão da doença. Esta terapêutica inclui os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), os antagonistas do recetor da angiotensina (ARA), os inibidores da nepisilina e recetor da angiotensina (ARNI), os antagonistas dos recetores dos mineralocorticóides (ARM), os betabloqueantes, e os inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 (iSGLT2). É importante referir que os IECA, ARA e ARNI não podem ser prescritos em simultâneo (Heidenreich et al., 2022; Homem et al., 2023; SPC, 2021).

1.2. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

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”* (Regulamento n° 429/2018, 2018, p. 19362). Desta forma, considera-se que a pessoa com IC aguda é uma PSC, pois a progressão da doença e o agravamento da sintomatologia correspondem a uma fase de instabilidade que, por vezes, requer internamento em unidades de cuidados críticos (Urden et al., 2006). Esta condição é potencialmente ameaçadora e requer tratamentos específicos, nomeadamente terapêutica farmacológica e técnicas invasivas e de suporte de órgãos, como a ventilação mecânica e terapia de substituição renal (Arrigo et al., 2020; Ohbe et al., 2021; Riley, 2013). Concomitante com estas medidas invasivas, a PSC com IC aguda tem elevada probabilidade de desenvolver complicações associadas aos cuidados de saúde, tais como quadros sépticos ou de disfunção multiorgânica (Ohbe et al., 2021).

A IC aguda refere-se ao rápido aparecimento e ao agravamento gradual dos sinais e sintomas característicos. Representa uma condição médica com risco de vida que exige uma avaliação e tratamento urgentes, podendo levar ao internamento hospitalar. As causas que originam a descompensação, devem ser identificadas e tratadas o mais célere possível, no sentido de minimizar as complicações que podem advir da descompensação da doença. Assim, a classificação clínica pretende detetar a presença de sinais e sintomas de congestão (“húmido” que indica a presença de congestão, ou “seco” que representa a ausência de congestão), e é útil para direcionar a terapêutica a ser instituída, assim como fornecer informações sobre o prognóstico da pessoa (SEC, 2021). O seguinte quadro representa a combinação de quatro grupos que orientam a classificação clínica:

	Congestão (-)	Congestão (+)
Hipoperfusão (-)	Quente e Seco	Quente e Húmido
Hipoperfusão (+)	Frio e Seco	Frio e Húmido

Quadro 3 - Classificação clínica da pessoa com IC aguda segundo a presença e ausência de congestão e/ou hipoperfusão (Adaptado de SEC, 2021)

Os sinais de congestão são a congestão pulmonar, a ortopneia, a dispneia paroxística noturna, o edema periférico (bilateral), a dilatação venosa jugular, a ascite e o refluxo hepatojugular. Relativamente aos sinais de hipoperfusão estão incluídas as extremidades frias e suadas, a oligúria, a confusão mental, as tonturas e o pulso fino. É importante ressaltar que, apesar de comum, a hipotensão pode ou não estar presente em estados de hipoperfusão (SEC, 2021).

Numa fase avançada, o aparecimento de sintomas e/ou sinais são graves e com necessidade urgente de cuidados de saúde. Pode ter diversas apresentações clínicas, como edema agudo do pulmão (EAP) ou choque cardiogénico (CC). No EAP, há uma redistribuição de líquidos para os pulmões, resultando numa insuficiência respiratória aguda (SPC, 2021). A pessoa com EAP tem como principal alteração hemodinâmica pressão arterial sistólica elevada, necessitando de oxigenoterapia, diuréticos e terapia vasodilatadora. No CC, há uma disfunção cardíaca grave que origina uma hipoperfusão periférica e disfunção orgânica. O débito cardíaco e a pressão arterial sistólica diminuem, sendo necessária a instauração de agentes inotrópicos/vasopressores e, por vezes, de suporte circulatório mecânico e/ou terapia de substituição renal (SPC, 2021).

A falta de tratamento e consequente progressão da doença, podem levar à morte (Homem et al., 2023). A figura 1 traduz a evolução da qualidade de vida da pessoa com IC ao longo da progressão da doença. Representa esquematicamente a perda da qualidade de vida experienciada pela pessoa com IC em cada episódio de descompensação, que não é totalmente recuperada mesmo após a estabilização clínica. Estas descompensações tornar-se-ão mais frequentes, traduzindo-se em internamentos hospitalares com o aumento da probabilidade de necessidade de transplante cardíaco ou, levando à morte.

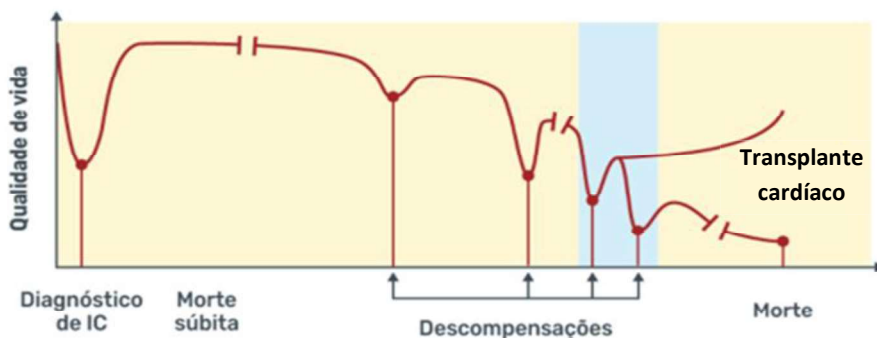


Figura 1 - Evolução da qualidade de vida da pessoa com IC ao longo da progressão da doença
(Homem et al., 2023)

1.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Os cuidados de enfermagem à PSC com IC devem ser altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. Estes cuidados são fundamentais para permitir a manutenção das funções básicas de vida, com vista a prevenir complicações e limitar incapacidades, e assim, alcançar a sua recuperação (Regulamento n° 429/2018, 2018). Esta conduta integra uma atuação baseada nos enunciados descritivos. Estes envolvem os aspetos distintos do mandato social da profissão de enfermagem, que são fundamentais para indicar a atuação do enfermeiro à pessoa a quem presta cuidados. Assim, estes são a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, e a organização dos cuidados de enfermagem. Considera-se crucial referir que, associado à PSC e às suas características, acresce a prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados (Regulamento n° 361/2015, 2015; OE, 2001).

A intervenção de enfermagem à pessoa com IC aguda torna-se desafiante pois exige uma rápida resposta a condições de saúde que podem colocar em risco a vida da pessoa e causar repercussões a longo prazo. O facto desta condição se desenvolver de forma súbita e rápida, é crucial a procura de cuidados de saúde imediatos e especializados por forma a alcançar a estabilização do quadro instalado. Os hospitais estão dotados de unidades e equipamentos prontos a dar resposta à situação de doença em que a pessoa se encontra, mas também de enfermeiros mais capacitados e especializados no cuidado à PSC com IC. Através da aquisição de conhecimentos que, consequentemente, levam a uma melhor competência ao avaliar e agir perante uma determinada situação, a Enfermagem desenvolveu a sua área de atuação na medida em que é capaz de definir as suas próprias intervenções por forma a dar resposta autonomamente aos problemas identificados, ou seja, as intervenções autónomas. Este facto não inviabiliza o contexto de trabalho multidisciplinar, sendo que o exercício profissional dos enfermeiros inclui intervenções interdependentes, que se distinguem das anteriores por estas poderem ser iniciadas, por exemplo, por prescrição médica (Benner et al., 2011; OE, 2001).

A pessoa que apresenta sinais e sintomas de IC aguda é considerada instável na medida em que, a cada fase de descompensação, necessitará não só de medidas invasivas, mas também de uma resposta adequada por parte de profissionais de saúde especializados e munidos de conhecimentos que assegurem a recuperação do seu estado de saúde (Silva et al., 2021a).

As vivências moldam a forma de estar na vida e, consequentemente, a perspetiva sobre a saúde e a doença. Assim, é importante que o EEEMCPSC conheça a pessoa a quem presta cuidados, no sentido de compreender os seus valores e crenças. Esta adaptação e individualização dos cuidados em função da pessoa, é uma competência que o EEEMCPSC deve possuir.

Perante o exposto e com a finalidade de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, reconheceu-se a necessidade de identificar qual a intervenção especializada do enfermeiro à PSC com IC, tendo sido realizada uma revisão *scoping*. O protocolo da mesma encontra-se no apêndice I. Através deste trabalho de investigação, foi possível compreender que o enfermeiro tem um papel preponderante na abordagem à PSC com IC, na medida em que por meio do desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos e experiência profissional, garante uma resposta adequada à pessoa que recebe os cuidados. O avanço da fase de descompensação da PSC com IC é debelado através dos conhecimentos apreendidos, que culminam na deteção precoce de sinais e sintomas de descompensação e, consequentemente, na preservação do estado de saúde da pessoa (Gheorghui & Barkley, 2017; Paul & Hice, 2014; Riley, 2013; Vuckovic et al., 2020).

Complementando o desenvolvimento de competências individuais, o enfermeiro deve integrar-se no trabalho da equipa multidisciplinar e desenvolver uma intervenção conjunta (Gheorghui & Barkley, 2017; Paul & Hice, 2014). Os resultados obtidos defendem que o enfermeiro tem uma intervenção fundamental na equipa multidisciplinar, pois é o profissional de saúde mais capacitado para a criação da relação terapêutica com a PSC e a sua família.

O enfermeiro deve atuar sem juízos de valor e mostrar disponibilidade para compreender como a pessoa sente e interpreta a situação que está a experienciar. Através do diálogo, do respeito mútuo e da capacidade de se colocar no lugar da pessoa, o enfermeiro especialista estabelece uma relação terapêutica com a pessoa (Lopes, 2018). Esta relação exige que o enfermeiro possua determinadas competências e comportamentos, na medida em que este deve dedicar-se em conhecer a pessoa para que esta se sinta compreendida e aceite (Coelho et al., 2019).

O facto do enfermeiro garantir que o respeito pelos valores e crenças da pessoa são cumpridos, promove uma relação de confiança. A par disto, a inclusão da família em todo o processo terapêutico contribui para a satisfação da PSC (Gheorghui & Barkley, 2017; Hany & Vatmasari, 2021; Inagaki et al., 2023; Paul & Hice, 2014; Vuckovic et al., 2020). Associado a uma situação de doença que, naturalmente é geradora de *stress*, a relação criada entre a família e o enfermeiro é importante na medida em que

a partilha de sentimentos pode minimizar o sofrimento. A relação enfermeiro/família deve ser iniciada com base na confiança, sendo que a família vê no enfermeiro um elemento vital para a partilha de emoções e pensamentos. Desta forma, por meio da relação estabelecida com a família, o enfermeiro deve influenciar de forma positiva a transição situacional da família, e minimizar a sua ansiedade associada ao período de doença da PSC (Lopes, 2018).

É através da criação da relação terapêutica com a PSC e com a família que o enfermeiro consegue adequar a sua atuação e criar um plano de cuidados individualizado à PSC com IC. O facto da intervenção ser planeada de acordo com as características individuais da pessoa e da sua família, permitirá que seja mais provável que a pessoa atinja níveis de satisfação superiores e que adira mais facilmente ao plano de tratamento. Esta medida fará com que a pessoa adquira conhecimentos sobre a sua doença e que garanta a autogestão da doença, evitando fases de descompensação, e promovendo assim qualidade de vida.

Os resultados da revisão *scoping* sugerem um cuidado abrangente com foco na pessoa e nas suas particularidades que vai ao encontro da visão de cuidados de enfermagem centrados na pessoa (Gheorhui & Barkley, 2017; Hany & Vatmasari, 2021; Riley, 2013; Vuckovic et al., 2020). Assumindo uma intervenção dirigida à pessoa, a ação do enfermeiro deve ser sustentada por valores de respeito e compreensão, promovendo a criação de planos de cuidados adequados a cada pessoa e família, e a sua integração na tomada de decisão.

Desta forma, a PSC com IC, deve receber uma intervenção especializada, adequada às suas especificidades e individualidade, sendo fundamental que haja um reajuste perante a progressão da doença.

1.4. TEORIA DAS TRANSIÇÕES NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

É importante mencionar que as teorias de enfermagem são fundamentais para enquadrar o pensamento e as ações de enfermagem, e constituem-se cruciais para a evolução da enfermagem como disciplina (Hansen & Dysvik, 2022).

Respondendo à necessidade da PSC se adaptar à sua nova condição, a teoria das transições de Afaf Meleis enquadra-se como um referencial para a prestação de cuidados de enfermagem.

A Teoria das Transições é uma teoria de médio alcance, e é assente na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Tem como objetivo descrever, explicar e prever a vivência de uma pessoa em determinada situação de transição (Im & Meleis, 2021). Esta teoria descreve a transição como um processo em que a pessoa transita de um estado, lugar ou condição estável para outro estado estável. Esta transição requer que a pessoa adquira novos conhecimentos, altere o seu comportamento e que mude a sua definição de eu. É um processo complexo e multifatorial que envolve diversos componentes como o processo de doença e a sua expectativa perante a mesma (Guimarães & Silva, 2016; Smith, 2020).

A Teoria das Transições é constituída pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), pelas condicionantes facilitadoras e inibidoras da transição (pessoais, de comunidade e de sociedade), pelos padrões de resposta (os indicadores de processo e de resultados) e pelas intervenções terapêuticas de enfermagem (figura 2).

Quanto à natureza das transições, dos quatro tipos de situações que potenciam a transição, evidencia-se a transição saúde/doença e a transição situacional como as mais significativas para a PSC com IC. A transição saúde/doença refere-se à passagem de um estado de saúde para um estado de doença, e situacional relaciona-se com o facto da pessoa ter de se adaptar à nova situação de vida. Em relação aos padrões, estes caracterizam-se pelo facto da transição poder ser simples, múltiplos, sequencial, simultânea e relacionada ou não. As propriedades a que esta teoria se refere, são fulcrais à experiência de transição que a pessoa vivencia. Destaca-se a consciencialização que está diretamente relacionada com a compreensão e o reconhecimento de um período de transição. Após a consciencialização de todas as mudanças pessoais (físicas e emocionais), sociais ou ambientais, a pessoa irá adotar uma atitude de proatividade e de procura de informações evidenciando, assim, o seu empenho na adoção de novos hábitos de vida (Guimarães & Silva, 2016; Im & Meleis, 2021).

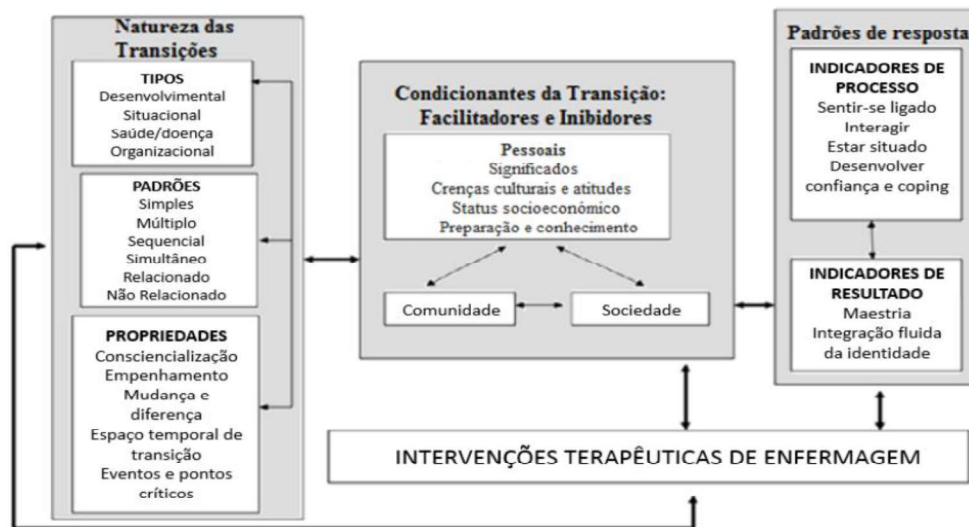


Figura 2 - Teoria das Transições (Adaptado de Meleis, 2018)

O espaço temporal em que a mudança ocorre não é estanque nem definido, podendo promover períodos de instabilidade e de *stress*. A existência de eventos críticos pode estar associada a momentos de viragem onde há um maior envolvimento na experiência de transição (Guimarães & Silva, 2016).

Existem diversos fatores que se podem comportar como condicionantes da transição, podendo ser facilitadores e inibidores. No que diz respeito aos condicionantes pessoais, estes estão relacionados com os significados que a pessoa atribui à mudança, as suas crenças e valores, a sua condição socioeconómica e, a preparação e conhecimento. O apoio da comunidade e a sociedade onde a pessoa está inserida também têm um peso preponderante no processo de transição, sendo que o enfermeiro deve planear as suas intervenções de acordo com as condições facilitadoras ou inibidoras da transição. Sendo a presença da família um direito da pessoa em contexto hospitalar, é fundamental que o enfermeiro seja capaz de gerir a presença da mesma por forma a que esta não influencie negativamente o processo de transição. Em contrapartida, a família pode desempenhar um papel crucial no processo terapêutico da pessoa. Apesar das condicionantes supramencionadas estarem relacionadas com a natureza da transição, com as intervenções terapêuticas de enfermagem e com os padrões de resposta, estas podem ter significados diferentes consoante a pessoa que vivencia a transição. Por isto, o EEEMCPSC deve ter a capacidade de compreender se estas são facilitadoras ou inibidoras, e atuar no sentido de alcançar os padrões de resposta positivos/favoráveis. Neste processo,

o EEEMCPSC tem como objetivo adequar as suas intervenções de forma a que a pessoa alcance uma transição saudável (Guimarães & Silva, 2016).

A competência do EEEMCPSC em compreender os indicadores de processo que a pessoa experiencia nos períodos de mudança, contribui para a elaboração de estratégias que garantam o sucesso da transição. Os comportamentos e sentimentos associados ao desempenho de novas funções por parte da pessoa evidenciam o alcance da maestria, ou seja, de uma meta de transição saudável. A natureza das transições, os condicionantes de transição e os padrões de resposta são sensíveis à intervenção terapêutica de enfermagem, devendo ser aplicados consoante as particularidades da pessoa. O cuidado prestado pelo EEEMCPSC promove a consciencialização e a valorização da pessoa baseando-se nas crenças e valores pelos quais esta se identifica. Ao incluir a pessoa no seu plano terapêutico, estabelecendo uma parceria enfermeiro/pessoa, esta torna-se num agente ativo da sua própria mudança, potenciando maior adesão ao tratamento instituído (Guimarães & Silva, 2016; Im & Meleis, 2021; Lima et al., 2016; Masters, 2015; Meleis, 2018).

Os indicadores de processo são fundamentais no sentido em que são através destes que o EEEMCPSC interpreta o rumo da transição. Ou seja, o facto de a pessoa sentir que tem uma rede de apoio (família ou profissionais de saúde), e de interagir com outros a fim de se sentir incluída e desenvolver confiança para lidar com a situação, promove o alcance de indicadores de resultado. Estes espelham o ganho de novas competências e a reformulação da nova identidade (Guimarães & Silva, 2016).

Qualquer situação na vida de uma pessoa representa um determinado significado com base nas suas vivências e valores. Por ser uma doença crónica, a IC traduz-se numa experiência de transição, pois o facto de poder modificar a capacidade da pessoa desempenhar determinada função quer no seio familiar quer na sociedade, significa a alteração do seu papel. Esta alteração pode ser total, na medida em que inviabiliza a manutenção de um papel económico (por exemplo, uma pessoa que, antes do diagnóstico ou fase de descompensação, era responsável pelas questões monetárias no seio familiar) ou parcial, no sentido em que, mesmo que a pessoa se mantenha ativa a nível laboral esta terá de se adaptar a uma nova realidade. É essencial que a pessoa que experiencia a transição possua uma consciencialização relativamente ao seu processo de transição. A ausência da consciencialização significa que a pessoa pode não ter iniciado o processo de transição e que, assim, o seu grau de envolvimento no seu processo não foi alcançado (Im & Meleis, 2021).

A imprevisibilidade da exacerbação dos sintomas e a consequente necessidade de hospitalização, é um fator gerador de *stress* e provoca vulnerabilidade para a pessoa que vive este processo (Harris et al., 2021). O EEEMCPSC deve estar atento e dotado de conhecimentos de forma a ajudar as pessoas a atingirem resultados saudáveis após o período de mudança vivido. Esta transição saudável acontece por base dos padrões de resposta da pessoa ao seu processo de transição através dos indicadores de processo. Estes abrangem não só o apoio da sua família, mas também dos profissionais de saúde, pois serão os principais vetores de transmissão de informação que vão capacitar a pessoa e possibilitar-lhe a obtenção de novas competências desencadeando respostas positivas à transição e possíveis de restabelecer a sensação de bem-estar e estabilidade (Guimarães & Silva, 2016).

Perante a complexidade da situação de doença que a pessoa vive, pode afirmar-se que é um evento de vida significativo e uma importante causa de sofrimento, e morbilidade física e psicológica a longo prazo, quer da pessoa quer da sua família que, inevitavelmente, é transportada para a experiência de doença vivida pela pessoa (Silva et al., 2021a). Deste modo, as intervenções de enfermagem devem incluir a família, pois esta é parte integrante de todo este processo na medida em que é um fator condicionante à transição, sendo na maioria dos casos, uma componente facilitadora à mesma (Guimarães & Silva, 2016).

A capacidade de gerir a sua doença e adaptar-se a ela, constitui-se como crucial no planeamento de atividades que promovam o aumento de conhecimentos da pessoa, e que garantam a tomada de decisões (Trindade, 2020). A criação de uma ação interventiva deve ser uma área de atenção do EEEMCPSC com foco na pessoa, através das intervenções de enfermagem, valorizando a pessoa durante todo o processo de transição. A capacitação da pessoa ser-lhe-á fundamental para alcançar o bem-estar e facilitar a reformulação de identidade e de mudança de comportamentos, evitando assim, recidivas dos episódios de doença (Guimarães & Silva, 2016).

Desta forma, concomitantemente com o referencial teórico supramencionado e com os resultados demonstrados pela revisão *scoping*, no que diz respeito à abordagem do EEEMCPSC à pessoa alvo dos cuidados, deve ser haver uma intervenção alicerçada nos princípios da teoria das transições e dirigida à pessoa. Este deve ter a capacidade de se conectar com a pessoa e compreender quais são as suas preferências e prioridades, de forma a adequar as intervenções de enfermagem (OMS, 2024).

Através da criação de um plano individualizado, o enfermeiro deve posicionar a pessoa no centro dos cuidados. Para isto, deve conhecer as crenças e valores da pessoa, envolver-se autenticamente, ter

uma presença simpática, e possibilitar uma tomada de decisão partilhada. A promoção da responsabilização da pessoa na sua própria recuperação, pretende garantir uma atitude ativa no seu plano de cuidados, por forma a aumentar a sua satisfação e, consequentemente, ganhos em saúde (Kriksciuniene & Sakalauskas, 2022; McCormack & McCance, 2017).

É através do conhecimento da pessoa respeitando as suas crenças e particularidades que o EEEMCPSC consegue estabelecer uma relação de confiança. A partilha de momentos de tomada de decisão com a pessoa, promove satisfação e um sentimento de envolvimento no seu processo de saúde.

É fundamental que a prática de cuidados não reduza a pessoa aos seus sintomas e à sua doença. Por isto, o EEEMCPSC deve apelar à abordagem holística e que incorpore, na sua prática, o bem-estar da pessoa e priorize as preferências e crenças individuais da pessoa (Santana et al., 2017).

O EEEMCPSC deve ter o objetivo de garantir que a pessoa e a sua família desenvolvam conhecimentos e capacidades de forma a tomarem decisões informadas. Isto vai permitir que a pessoa conduza o seu processo de saúde de acordo com as suas preferências e convicções (The Health Foundation, 2016).

The Health Foundation (2016) afirma que, ao ter mais conhecimentos sobre a sua doença e confiança para viver com a mesma, a pessoa/família terá uma atitude positiva e proativa na criação de novos hábitos de vida saudáveis, o que trará aos profissionais de saúde um sentimento de reconhecimento e de satisfação profissional. Sendo a IC uma doença crónica, é fundamental que o EEEMCPSC compreenda o significado que a alteração do estado de saúde significa para a pessoa e que direcione as suas intervenções baseando-se nessa interpretação. A IC exige uma alteração de hábitos de vida, todavia esta alteração só acontece se a pessoa se responsabilizar e compreender a importância dessas mesmas mudanças. De forma a garantir o sucesso dos cuidados de saúde, o EEEMCPSC deve ajustar o plano terapêutico perante as necessidades e prioridades da pessoa, fazendo com que esta adira ao plano de tratamento.

Constata-se que quando a pessoa é incluída no seu plano de cuidados, esta terá um maior controlo sobre si mesma, o que faz com que existam menos descompensações da sua doença, diminuindo os internamentos e, consequentemente, o peso económico que daí advém (The Health Foundation, 2016).

Uma transição saúde/doença bem-sucedida traz como consequências um aumento de conhecimento por parte de quem vivencia a situação, o desenvolvimento de novas competências e a transformação e reorganização das suas atividades diárias (Smith, 2020).

A nível individual e familiar, os benefícios de uma atuação com base no cuidado centrado na pessoa abrangem a satisfação com os cuidados prestados, o fortalecimento da relação terapêutica, a promoção da capacitação por meio do aumento da literacia em saúde e das competências de tomada de decisão, e o envolvimento no plano de cuidados capaz de promover a independência e a autogestão da doença (Kriksciuniene & Sakalauskas, 2022).

Posto isto, foi possível compreender que a teoria das transições ajuda no processo de adaptação à doença que a PSC com IC experiencia, sendo que os resultados encontrados através da revisão *scoping* estão de acordo com esta questão. Os enfermeiros desempenham uma ação crucial na aquisição de conhecimento e na promoção do autocuidado, com reflexo no processo de transição da pessoa. Complementando, a teoria do cuidado centrado na pessoa abarca a importância da pessoa ser alvo de cuidados individualizados e adaptados ao seu processo de transição. Com base nos seus conhecimentos e competências, o EEEMCPSC deve focar a sua intervenção no sentido de promover confiança, autoestima e capacidade da pessoa tomar as suas próprias decisões, a fim de alcançar a autogestão. Caso se considere uma mais valia, este deve incluir a família na estratégia terapêutica delineada. Desta forma, a PSC com IC beneficia da influência do EEEMCPSC no seu processo de doença, tendo em conta as capacidades deste em contribuir para a obtenção de um maior nível de satisfação associado aos cuidados de saúde prestados (Gheorhui & Barkley, 2017; Hany & Vatmasari, 2021; Ramos, 2001; Riley, 2023; Trindade, 2020; Vuckovic et al., 2020).

2. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo expõe o percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC ao longo dos estágios. O primeiro teve lugar no SUG da Unidade Local de Saúde Almada-Seixal (ULSAS)-Hospital Garcia de Orta (HGO), o segundo foi dividido por duas unidades nomeadamente a UCIP do Hospital CUF Tejo e a UNICOR do Hospital de Santa Cruz. Acrescenta-se que, ambos os estágios, decorreram de acordo com as recomendações e horas de contexto prático determinadas pela OE (Aviso nº16920/2022, 2022; OE, 2021).

Neste capítulo, começa-se por apresentar a caracterização dos locais de estágio e, posteriormente descrever de que modo foram atingidos os objetivos, assim como as estratégias definidas para os alcançar. Os objetivos delineados e as respetivas atividades/estratégias adotadas encontram-se no apêndice II.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O estágio I teve lugar no SUG da ULSAS-HGO, entre o dia 15 de maio a 6 de julho de 2023, perfazendo um total de 170 horas.

Este caracteriza-se por ser um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e tem a responsabilidade de assistir os habitantes dos concelhos de Almada e Seixal, assim como toda a população provinda da Península de Setúbal, dando particular atenção às pessoas com patologia do foro neurocirúrgico e de trauma (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2024a).

Este serviço divide-se em vários setores, nomeadamente a admissão, ambulatório/observação clínica e internamento. Salienta-se que a área de emergência pré-hospitalar sob a atuação da Viatura Médica de Emergência (VMER) é assegurada por uma equipa autónoma. Esta integra as vias verdes de Acidente Vascular Cerebral (AVC), coronária, sépsis e trauma (SNS, 2024b).

É importante ressaltar que a ULSAS-HGO integra um dos quatro centros hospitalares que compõem a “Urgência Metropolitana de Lisboa para o doente Neurovascular”, sendo os restantes o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Hospital de São Francisco Xavier), Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (Unidade Local de Saúde Santa Maria) e o Centro Hospitalar de Lisboa Central (Unidade

Local de Saúde São José). Esta ação proporcionou uma resposta mais eficaz à pessoa em fase aguda em função da ativação da Via Verde do AVC (SNS, 2024c).

A admissão inicia-se pelo secretariado e de seguida pela triagem que tem capacidade para dois enfermeiros, onde é realizada a Triagem de Manchester. Em situações de emergência, a pessoa é encaminhada diretamente para a sala de reanimação a fim de poder receber os cuidados necessários à condição de risco de vida presente de forma eficiente e atempada.

A área de ambulatório/observação clínica é constituída por dez gabinetes médicos e dois de enfermagem. Na sala de tratamento de enfermagem são realizados procedimentos como a colheita sanguínea, algaliação, entubação nasogástrica e administração de medicação. De forma a organizar a resposta dos cuidados, na área de ambulatório são alocadas as pessoas cujo problema é do foro das especialidades cirúrgicas e traumatologia (independentemente do nível de prioridade), pessoas independentes cujo problema é do foro das especialidades médicas e pessoas com prioridade pouco urgente ou não urgente. A área de observação clínica (AOC) pretende dar resposta a todas as pessoas cujo problema está relacionado com a especialidade médica em que a prioridade é urgente e muito urgente. A esta zona, acrescentam-se todas as pessoas que tenham risco de fuga.

No que diz respeito ao internamento, este divide-se entre a Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico (UIMC) e a Área de Doentes Respiratórios (ADR). A UIMC tem capacidade para 24 pessoas internadas, entre elas 18 com necessidade de monitorização eletrocardiográfica. Na ADR, apesar desta ter sido criada para dar resposta às pessoas com patologia do foro respiratório, atua por forma a responder às necessidades da população, sendo que acolhe pessoas admitidas pelas especialidades de traumatologia e psiquiatria, não existindo lotação definida.

Este serviço é caracterizado pela imprevisibilidade de complexidade e de afluência durante os vários turnos, pelo que exige profissionais dotados de conhecimentos de todas as áreas de especialidades de forma a priorizar os cuidados e identificar/antecipar potenciais situações de emergência. Para isto, a integração destes profissionais obedece a diferentes *timings* de acordo com o grau de exigência de cada setor. Ou seja, a integração dos elementos inicia-se pela UIMC, ADR, área de ambulatório e AOC, e posteriormente à triagem e sala de reanimação. Esta medida garante que a aquisição de conhecimentos e habilidades evolua no sentido de garantir que, num ambiente onde existe uma maior exigência técnica e científica do enfermeiro, os elementos saibam dar resposta ao que é pretendido.

Referente ao estágio II, o primeiro período foi realizado na UCIP, e decorreu entre o dia 22 de setembro e o dia 11 de novembro de 2023, totalizando 213 horas.

A UCIP da CUF Tejo abrange camas de nível II e de nível III. O nível II, conhecido como intermédio, é atribuído a pessoas que precisam de monitorização multiorgânica e de suporte a somente uma função orgânica, sendo que não requer ventilação mecânica invasiva. O nível III, conhecido como intensivo, é direcionadas a pessoas com duas ou mais disfunções orgânicas, com potencial ameaça à vida e que, por isso, necessita pelo menos duas formas de suporte orgânico (Ministério da Saúde, 2015b). Esta unidade tem a capacidade de receber 15 pessoas, sendo que 2 dos quartos têm casa de banho privativa. Este facto é útil em situações de isolamento que requeiram pressão negativa, e desta forma garante condições para receber estas pessoas. Quando há casos de covid-19 positivos, parte desta unidade é dividida de forma a garantir a capacidade de admitir 5 pessoas.

Os principais locais de proveniência das pessoas que são internadas na UCIP, são o atendimento permanente, a sala de hemodinâmica e o bloco operatório. Os dois últimos serviços mencionados são contíguos à UCIP o que, em situações de emergência é crucial para uma rápida resposta.

O motivo clínico que justifica a admissão na UCIP é quando há compromisso ou risco de compromisso da função orgânica vital. Assim, os principais diagnósticos clínicos são:

- Enfarte agudo do miocárdio complicado com necessidade temporária de pacemaker, instabilidade hemodinâmica, edema agudo do pulmão ou disritmias ventriculares;
- Insuficiência respiratória grave com hipoxemia, requerendo ventilação mecânica invasiva ou não invasiva;
- Insuficiência renal aguda com necessidade de técnica de substituição;
- Desequilíbrios hidroelectrolíticos e ácido-base;
- Cuidados pós-operatórios com necessidade de ventilação invasiva ou suporte hemodinâmico, em especial cirurgia cardíaca e neurocirurgia;
- Choque independentemente da sua natureza.

A metodologia de trabalho da equipa de enfermagem segue os princípios do método individual/responsável. Assim, a cada enfermeiro é atribuída a responsabilidade de cuidar de 2 ou 3 pessoas, conforme o seu nível de gravidade e a taxa de ocupação da unidade. Nesta unidade encontram-se 2 EEEMCPSC em prestação direta de cuidados.

O segundo período do estágio II foi na UNICOR, e decorreu entre o dia 16 de novembro de 2023 e o dia 10 de janeiro de 2024, perfazendo 171 horas.

A UNICOR tem camas de nível II e III, e tem a capacidade de receber 8 pessoas, coordenando-se com a unidade de hemodinâmica e intervenção que permite a prestação de cuidados diferenciados.

Para além dos cuidados inerentes a uma UCI, por ser uma unidade direcionada para pessoas com patologia do foro cardíaco, destaca-se por cuidar da PSC com:

- Instrumentos de monitorização invasiva, como swan-ganz;
- Suporte circulatório mecânico, entre eles impella®, balão intra-aórtico e oxigenação por membrana extracorporal (ECMO).

A metodologia de trabalho da equipa de enfermagem segue os princípios do método individual/responsável. Desta forma, é atribuído, a cada enfermeiro, a responsabilidade de cuidar de 1 ou 2 pessoas, com base no seu nível de gravidade e na taxa de ocupação da unidade. De destacar que nesta unidade existem 3 EEEMCPSC em prestação direta de cuidados.

2.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste segmento do relatório serão abordadas, primeiramente, as competências comuns e, posteriormente, as competências específicas do EEEMCPSC. Será demonstrado de que forma os objetivos delineados para os estágios foram alcançados, e assim, adquiridas as competências em questão.

2.2.1. Competências Comuns

As competências comuns do EE abrangem dimensões de educação da pessoa, de orientação, de aconselhamento, de liderança e de investigação importantes para promover a melhoria contínua da prática de enfermagem (Diário da República nº 140/2019, 2019). Assim, as competências referidas dividem-se em quatro domínios.

A- Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

A1- Promove uma prática profissional ética e legal na sua área de atuação

A2- Assegura a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e os compromissos profissionais

Para este domínio inclui-se, também, a competência de mestre que refere a capacidade para reunir conhecimentos, gerir situações complexas e tomada de decisão, com reflexão sobre as implicações e as responsabilidades éticas e sociais (Decreto-Lei n° 65/2018, 2018).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) exige que todos os enfermeiros devem assumir um comportamento responsável e ético, garantindo o respeito e os interesses da pessoa (OE, 2015). Desta forma, esta conduta tem vindo a ser trabalhada desde o início do percurso profissional enquanto enfermeira generalista, contudo mais aprofundadamente em contexto de especialização.

Durante a realização de todos os estágios, o SUG destaca-se pelo desafio sentido na garantia dos direitos da pessoa na prestação de cuidados.

A falta de condições físicas do SUG, a ameaça à privacidade, a elevada afluência de pessoas e a carência de profissionais de saúde, foram algumas das dificuldades encontradas. As condições físicas da UIMC, ADR, área de ambulatório e AOC comprometem a privacidade das pessoas e, apesar dos biombo e cortinas existentes permitirem que os cuidados de higiene e conforto não sejam visualizados por terceiros, o facto da afluência a este serviço ser elevada, contribui para que seja admitido um número superior de pessoas face à capacidade que este tem. Isto faz com que, por vezes, estejam pessoas admitidas em corredores do serviço. Quando uma pessoa é admitida no serviço, e permanece instalada num corredor, esta vê a sua privacidade e direito ao bem-estar comprometidos. De salientar que os dados da Fundação Francisco Manuel dos Santos (2022) que revelam que, em Portugal, existem 183,5 idosos por cada 100 jovens. Acrescenta-se, ainda, que mais de 55 milhões de pessoas têm demência, sendo uma das principais causas de limitação e dependência nos idosos a nível mundial (OMS, 2023b). Quando a situação supramencionada é experienciada por alguém cujas capacidades cognitivas não estão totalmente íntegras, é fundamental que os direitos humanos destas pessoas sejam salvaguardados por terceiros e, por isto, é importante promover que estas estejam acompanhadas por familiares ou pessoas significativas.

Associado à elevada afluência, o número de profissionais de saúde fica aquém do necessário, comprometendo as dotações seguras para o bom funcionamento do serviço (Regulamento n°

743/2019, 2019). Este documento ainda salienta que, num serviço de urgência, 50% dos enfermeiros por turno devem ser EEEMCPSC, mas também o posto da triagem deve ser assegurado, preferivelmente, por um EEEMCPSC. Desta forma, foi percebido que esta demanda não é sempre garantida, pela falta de EEEMCPSC neste serviço.

O conjunto destes desafios descritos, provoca o desgaste dos profissionais de saúde, bem como a insatisfação das pessoas que recorrem ao SUG com a perspectiva de encontrarem um local seguro no momento de fragilidade que estão a vivenciar. Por outro lado, os fatores que os profissionais de saúde reconhecem como geradores de satisfação no contexto de trabalho, são a formação, o reconhecimento pelo trabalho, e a boa interação interpessoal (Silva et al., 2021b). Considera-se que o EEEMCPSC deve estimular e motivar os restantes profissionais através do reforço positivo e, assim, gerar satisfação na equipa.

É importante ressaltar que, face ao aumento do número de emigrantes, cuja cultura é diferente, é essencial que os profissionais atuem de forma a garantir o respeito e dignidade da pessoa e da sua família. Sendo a barreira linguística um desafio para a prestação de cuidados, muitas das vezes, a pessoa alvo de cuidados não compreende a língua portuguesa. Se aplicável, é necessário que a família/pessoa significativa seja incluída no plano de cuidados de forma a garantir que a pessoa tenha acesso a toda a informação relacionada com o seu estado de saúde, assim como um sentimento de segurança. Procurou saber-se os recursos hospitalares para adequar os cuidados a pessoas com língua materna estrangeira, e constatou-se que estes são de simples acessibilidade.

Independentemente da cultura, todas as pessoas têm direito a que lhes sejam prestados cuidados seguros e de forma respeitosa. Assim, é fundamental que o EEEMCPSC garanta a privacidade e a dignidade da pessoa, devendo fomentar esta boa prática aos restantes elementos da equipa.

No estágio II, em ambos os campos de estágio, foi possível compreender que o contexto de cuidados intensivos é um meio mais controlado relativamente à presença de terceiros nestes espaços. A existência de um número limite de pessoas internadas faz com que sejam garantidas todas as condições necessárias para manter a privacidade da pessoa. A presença de privacidade sonora é, também, um fator incutido na equipa. Nas UCI, o rácio enfermeiro/pessoa é de, no máximo 1 enfermeiro para 3 pessoas, que desta forma é possível garantir que são prestados todos os cuidados necessários de forma segura. Atendendo às características destas unidades, o acompanhamento à família ao longo do tempo é assegurado de uma forma mais eficaz, com a inclusão desta no plano de

cuidados no sentido de providenciar um sentimento de tranquilidade quer à pessoa (quando consciente) quer à família.

Diretamente relacionado com a privacidade, todos os profissionais de saúde devem garantir o direito ao sigilo. De acordo com o Ministério da Saúde (2015a), o sigilo é uma característica moral e dever do enfermeiro, mas também um direito da pessoa. Desta forma, constatou-se que, em nenhum dos locais de estágio, este aspeto é cumprido na totalidade. Ou seja, no SUG a passagem de turno é realizada no meio da sala de espera e nos corredores, fazendo com que qualquer pessoa seja capaz de ouvir o conteúdo da mesma. Na UCIP e na UNICOR, a passagem de turno é realizada no balcão localizado no centro da unidade, contribuindo também para o incumprimento deste direito. Em todos os estágios foi transmitida a importância de se alterar esta prática, no entanto a inexistência de um espaço para esta finalidade mostrou ser um obstáculo a esta mudança.

De acordo com o código deontológico do enfermeiro, os modelos éticos do enfermeiro recaem no cuidado com vista a alcançar o bem-estar da pessoa e, não apenas na prestação de cuidados de qualidade técnica e científica (OE, 2015). Assim, como futura EEEMCPSC considera-se que foi possível promover cuidados seguros e dignos tentando, quando possível, incluir a família no plano de cuidados. Apesar das condições do SUG, tentou-se sempre salvaguardar a privacidade da pessoa, bem como a tomada de decisão entre os profissionais e a pessoa/família. Foi possível atuar perante uma pessoa culturalmente diferente, sendo que foi garantido que a sua pessoa significativa estivesse presente. Em todas as situações ocorridas, apesar de não ter sido possível alterar o local onde a passagem de turno ocorreu, atuou-se nesta área com um tom de voz mais baixo e, assim, a confidencialidade e sigilo foi garantido, bem como a privacidade, dignidade e segurança dos cuidados. Desta forma, considera-se que se exerceu uma prática profissional ao abrigo do quadro ético, deontológico e jurídico, e por isso, o objetivo estipulado foi alcançado.

B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1 - Assegura uma atuação dinamizadora no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

B2 - Fomenta práticas de qualidade, contribuindo de forma ativa em programas de melhoria contínua

B3 - Desenvolve um ambiente terapêutico e seguro

Este domínio abrange a competência de mestre referente a saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resposta a problemas de novos acontecimentos em contexto de equipa multidisciplinar, relacionado com o seu âmbito de estudo (Decreto-Lei n° 65/2018, 2018).

Para dar resposta a esta competência, foi considerado pertinente abordar o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD). A criação de políticas e estratégias de saúde que visam a minimização de incidentes é um aspeto de fulcral importância para o sistema de saúde nacional e internacional, contribuindo assim, para ganhos em saúde. Desta forma, foi elaborado o PNSD 2021-2026 que tem como principal objetivo promover e fortalecer a segurança na prestação de cuidados de saúde. Este é suportado por cinco pilares com os respetivos objetivos estratégicos e ações a desenvolver:

- Pilar 1: Cultura de segurança;
- Pilar 2: Liderança e governança;
- Pilar 3: Comunicação;
- Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
- Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n° 9390/2021, 2021).

A comunicação como pilar do PNSD constitui-se fundamental para a passagem de informação entre todos os profissionais de saúde (Despacho n° 9390/2021, 2021). Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM] (2020), 70% dos eventos adversos são advindos de falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, seja por erros, falta de precisão ou omissões de informação.

A Direção-Geral de Saúde (DGS) emanou uma norma referente à transmissão de informação, justificando que a comunicação eficaz na passagem de informação entre profissionais é fundamental na transição de cuidados. De forma a garantir a segurança da pessoa, esta transferência de informação deve ser uniformizada com base na técnica *ISBAR* (DGS, 2017).

Esta técnica pretende padronizar a transmissão de informação promovendo a comunicação eficaz e a segurança da pessoa, e minimizando a ocorrência de erro. A mnemónica associada corresponde à identificação/*Identification* (I), à situação atual/*Situation* (S), aos antecedentes pessoais/*Background* (B), à avaliação/*Assessment* (A) e às recomendações/*Recommendations* (R) (DGS, 2017).

Durante os estágios, foi possível constatar que a inexistência de uma sala destinada à passagem de turno provoca várias interrupções da mesma. Este facto era considerado como negativo por vários

elementos das equipas, contudo a estrutura física dos serviços não permite a alteração deste momento. De forma a colmatar este facto e na perspetiva de contribuir positivamente na correta transmissão de informação, houve a preocupação de seguir a técnica ISBAR, bem como registar de forma rigorosa todas as intervenções de enfermagem realizadas.

Na prestação de cuidados de saúde, associado ao pilar 5, a segurança da medicação deve ser uma das principais preocupações do enfermeiro. Por este motivo, foram implementadas práticas seguras relacionadas com os medicamentos com o nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto similar, também conhecidos como medicamentos “*Look alike, sound alike*” (LASA). Esta medida engloba um sistema de cores, armazenamento separado e a utilização de letras maiúsculas que identificam como alto risco ou alerta máximo alguns medicamentos (DGS, 2015). No decorrer dos estágios, não ocorreu nenhum erro terapêutico e foi constatado que todos os serviços cumprem a norma emanada pela DGS. Acrescenta-se, ainda, a importância do enfermeiro na segurança da pessoa associada aos erros medicamentosos. De forma a promover a melhoria dos cuidados prestados e a segurança da pessoa, deve ser implementada a cultura de notificação de erros e efeitos adversos, para que após análise, sejam corrigidos (Azevedo et al., 2020).

Ainda no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, importa mencionar que a qualidade em saúde pressupõe que os cuidados prestados são adequados às necessidades da pessoa, devendo ser acessíveis e equitativos com a intenção de garantir a adesão e a satisfação da pessoa. A eficiência e a efetividade da prestação de cuidados estão na base da qualidade em saúde, na medida em que os profissionais de saúde devem garantir a melhoria da sua prática, independentemente da situação económica da pessoa (Despacho n° 5613/2015, 2015). Face à comparação entre o contexto público e privado de ambas as UCI, foi possível constatar que não houve diferenciação na qualidade dos cuidados prestados, mas sim apenas nas questões hoteleiras associadas ao contexto privado.

Através da observação da prática realizada no SUG e, com base nos conhecimentos já consolidados, foi possível identificar algumas oportunidades de melhoria de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC, tais como na abordagem à pessoa com IC e no controlo de infeção.

Foi percecionado um défice de conhecimento referente à pessoa com IC e à autogestão da doença. Assim, foi identificada uma oportunidade de melhoria, tendo sido delineada uma estratégia de resolução. Face à necessidade de realização de ensinios sobre a restrição hídrica, salina e vigilância de

sinais de descompensação e com o objetivo de capacitar a pessoa para a autogestão do regime terapêutico, foi considerada a elaboração de um protocolo hospitalar cujo objetivo seria a realização de um pedido de colaboração dos enfermeiros do SUG à equipa de enfermagem da cardiologia da ULSAS-HGO para que as pessoas identificadas fossem incluídas nas consultas de enfermagem de IC. Os critérios de inclusão para este protocolo seriam pessoas que se encontrassem em fase de descompensação da síndrome, com capacidade cognitiva íntegra e fisicamente funcionais. Para isto, necessitava-se de aceder ao aplicativo Sclinico de forma a obter os dados das pessoas internadas na UIMC. Todavia, de forma a garantir a privacidade e confidencialidade dos dados, seria imperativo o pedido de autorização à comissão de ética da ULSAS-HGO mas devido ao curto período de tempo do estágio para obter uma resposta desta entidade, tornou-se impossível a concretização deste projeto. Concomitantemente, foi comunicado à chefia do serviço de cardiologia a importância da implementação deste projeto, no entanto seria necessário alocar mais profissionais a este serviço para ser possível dar resposta à concretização deste programa de melhoria. Por estas razões, o protocolo não foi proposto à chefia do SUG.

Assim, por forma de combater esta ausência de resposta ao problema identificado, foi elaborado um folheto informativo (apêndice III) que deve ser fornecido à pessoa com IC inaugural ou descompensada no SUG, que aborda informação pertinente, nomeadamente sobre o que é a IC, indicações para o regime alimentar, de exercício e medicamentoso, e vigilâncias de saúde que a pessoa com IC deve ter. A execução do folheto pretende reunir algumas orientações de forma a promover o interesse da pessoa com vista a que esta obtenha seguimento médico e de enfermagem para a adoção de hábitos de vida saudáveis, e a criação de um plano terapêutico individualizado. Este folheto foi elaborado com base numa pesquisa informal em bases científicas e nas recomendações da SEC (2021), e pretende satisfazer as necessidades e dúvidas que a pessoa com IC tenha, seja numa situação inaugural ou numa fase de descompensação. Este foi apresentado à enfermeira orientadora por forma a obter alguma sugestão de melhoria, não tendo havido necessidade de tal. Posteriormente, o folheto foi apresentado à restante equipa de enfermagem, com conhecimento da chefia do serviço.

Relativamente às necessidades direcionadas ao controlo de infeção, foi realizada uma auditoria à norma da DGS nº 007/2019. Os resultados (apêndice IV) foram apresentados informalmente a alguns elementos da equipa ao longo dos turnos. Todavia, e tendo em conta que a enfermeira orientadora é o elemento de ligação do serviço ao Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA), foram-lhe fornecidos os dados obtidos

de forma a garantir a continuidade das auditorias previstas no plano anual, assim como a integração do plano de formação contínua em serviço no sentido a apelar ao cumprimento das normas estabelecidas.

No que diz respeito ao estágio realizado na UCIP, seria expectável que os EEEMCPSC existentes no serviço tivessem uma atuação direcionada para a promoção de ensinamentos especializados e adequados à pessoa alvo dos cuidados, no entanto a escassez destes profissionais no serviço faz com que não lhes seja possível dar resposta a esta necessidade. Ao abordar o tema com os EEEMCPSC de forma a tentar compreender esta lacuna, concluiu-se que estes sentem dificuldade em garantir a continuidade dos cuidados prestados a estas pessoas devido ao facto de não permanecerem no serviço até ao momento da alta. Apesar dos cuidados e tratamentos prestados estarem de acordo com a evidência científica existente, a continuidade dos cuidados era posta em causa pois o seguimento destas pessoas era interrompido com a sua transferência de serviço. Tendo em conta a importância da relação terapêutica no processo de transição saúde/doença da pessoa, e na influência que o cuidado dirigido à pessoa tem no sucesso da adesão terapêutica, a interrupção desta relação decorrente da sua transferência para outro serviço, torna-se numa ameaça à aquisição de autogestão.

Tendo em conta que a IC é uma doença com vários estádios e que as descompensações existentes refletem perda de função cardíaca, considera-se importante contribuir para reduzir esta dificuldade evidenciada pelos EEEMCPSC. Assim, foi disponibilizado o folheto supramencionado com o intuito de ser fornecido à pessoa antes da sua transferência de serviço. O objetivo seria suscitar o interesse da pessoa com IC sobre a sua condição clínica e responsabilizá-la de modo a garantir que esta fosse um membro ativo no seu plano de cuidados. Claramente que o EEEMCPSC tem um papel preponderante na abordagem à pessoa e na forma como esta interioriza a sua condição de saúde. O folheto serve de suporte à abordagem e ao plano terapêutico estabelecido. De forma a clarificar os assuntos descritos neste documento, foi realizada uma sessão formativa à equipa de enfermagem, para que no momento de entrega do folheto, os enfermeiros pudessem elucidar a pessoa sobre o conteúdo do mesmo.

Quanto ao estágio na UNICOR, desde o início que foram observadas as práticas utilizadas de forma a conhecer o dia-a-dia e as rotinas do serviço. Esta atitude contribuiu para se constatar o problema relacionado com a atualização do protocolo de perfusão de insulina, e assim identificada uma oportunidade de melhoria. A oscilação dos valores de glicémia está relacionada com o mau prognóstico da pessoa, devido ao aumento das complicações associadas a infeções, distúrbios

hidroeletrolíticos, e complicações cardiovasculares. Esta é uma realidade presente em pessoa diabéticas e não diabéticas, num contexto de UCI (Couto et al., 2021; Emidio et al., 2021). Concomitante com a observação e reflexão sobre o assunto, vários membros da equipa de enfermagem expressaram a necessidade de atualização deste protocolo, devido à oscilação de valores de glicémia capilar das pessoas internadas. Atendendo a esta preocupação, fez-se prontamente uma pesquisa informal sobre o tema e sobre os protocolos existentes, tendo sido identificado um instrumento de cálculo de dose de perfusão de insulina que tem como base a relação entre o valor anterior e o valor atual da glicémia capilar (anexo I). Apesar de não haver nenhum estudo comparativo entre os instrumentos referidos, procurou-se evidência sobre o sucesso deste novo instrumento, tendo sido constatado que a UCI da ULSAS-HGO utiliza este instrumento há mais de um ano, com bons resultados. Complementa-se, ainda, que de forma a compreender a aplicação prática do instrumento, foi endereçada uma mensagem eletrónica ao autor do artigo onde este instrumento é divulgado, tendo o autor referido que este foi concebido com base num algoritmo delineado pela Universidade de Pittsburgh. Reconhecendo a importância da estabilização dos valores de glicémia capilar no prognóstico da PSC, foi, assim, apresentado este protocolo como estratégia para colmatar este problema. Desta forma, a solução apresentada ao enfermeiro orientador, à enfermeira chefe e ao diretor clínico da unidade teve um *feedback* positivo, todavia o curto período do estágio não nos permitiu a total implementação e análise de resultados do protocolo. Por isto, foi proposto que uma enfermeira desta unidade desse continuidade ao programa de melhoria, tendo esta aceite. Assim, foi-lhe fornecido o artigo que contempla o instrumento supramencionado, para que esta possa atuar perante a evidência científica.

A construção de uma parceria de cuidados com a família acarreta um grande peso no plano de cuidados da pessoa. Assim, a presença da família é reconhecida como vantajosa pois pode diminuir os níveis de ansiedade e angústia por parte da pessoa (Frade et al., 2021). Desta forma, o envolvimento da família nos cuidados de saúde, deve ser uma área de atenção do EEMCPSC. Considera-se que este deve incentivar a equipa a integrar a família no processo de cuidados da pessoa, podendo utilizar, por exemplo, os momentos de visita. Esta medida tem como objetivo alcançar a satisfação da pessoa e da sua família.

Deste modo, considera-se que este objetivo foi alcançado pois, para além da procura e implementação de estratégias face aos problemas e obstáculos identificados, colaborou-se na integração da família no

plano de cuidados da pessoa. Esta atitude proativa foi essencial para garantir o bem-estar e satisfação da pessoa, e à promoção de uma melhoria das práticas existentes.

C- Domínio da Gestão dos Cuidados

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

C2 - Adequa a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, salvaguardando a qualidade dos cuidados

Referente a este domínio inclui-se a competência de mestre sobre saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resposta a problemas de novos acontecimentos em contexto de equipa multidisciplinar, relacionado com o seu âmbito de estudo (Decreto-Lei n° 65/2018, 2018).

Apesar de ser um tema transversal a outros domínios, a gestão dos recursos humanos é um aspeto fundamental no seio das funções do EEEMCPSC. De acordo com o regulamento da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Regulamento n° 743/2019, 2019), nenhum dos serviços onde os estágios decorreram cumpre a orientação estabelecida. No SUG, nem todos os turnos eram assegurados com um EEEMCPSC no posto de triagem. A UIMC, por ser um internamento de curta duração, são considerados os rácios apresentados para as unidades de cuidados intermédios, ou seja, 1 enfermeiro para 3 pessoas. Desta forma, constatou-se que as orientações do regulamento não são cumpridas, acrescentando ainda que, na maioria dos turnos, este setor não tinha presente um EEEMCPSC. Referente ao estágio na UCIP e UNICOR, apesar do rácio enfermeiro/pessoa estar adequado, muitas das vezes a recomendação da permanência um EEEMCPSC em cada turno não era cumprida (Diário da República n° 743/2019, 2019). Isto deve-se à carência de EE, tornando-se assim crucial que os profissionais sejam incentivados e que tenham ambição de aumentar os seus conhecimentos e competências profissionais.

Ao longo de todos os campos de estágio, sempre se promoveu ações de integração na equipa multidisciplinar e a compreensão das funções de cada profissional, tendo sido fundamental para a fomentação de um ambiente saudável à prática clínica.

Assim, foi necessário reunir conhecimentos com o intuito de ser possível a inclusão nos períodos de tomada de decisão. Apesar do curto tempo no qual os estágios se desenvolveram, considera-se a

adoção de uma atitude como um elemento cuja opinião era valorizada, mostrando-se fundamental para o reconhecimento no momento de delegação e supervisão de tarefas.

No SUG e na UNICOR, houve a oportunidade de realizar um turno com um EEEMCPSC com funções de chefia de equipa, e com a enfermeira com funções de chefia do serviço, respetivamente.

No caso do SUG, foi possível compreender a autonomia do EEEMCPSC com funções de chefia de equipa não só entre a equipa de enfermeiros e assistentes operacionais, mas também com a equipa médica, uma vez que interfere diretamente na gestão dos internamentos no SUG. Isto é, o enfermeiro chefe de equipa tem acesso informático às vagas existentes em todos os serviços do hospital e, caso haja necessidade de internamento de uma pessoa, este dá a indicação para onde a pessoa será transferida. Posteriormente, o enfermeiro responsável pela pessoa contacta o serviço para transmitir informação relativa à transferência. Foi possível constatar que, perante o contexto diferenciado e de grande complexidade deste serviço, o enfermeiro chefe de equipa adequa o seu tipo de liderança dependendo dos restantes elementos presentes. Ou seja, com os enfermeiros menos experientes, o EEEMCPSC utiliza uma liderança mais assertiva, ao invés dos elementos mais experientes que, de forma a estimular a sua autonomia, deve ter uma liderança mais passiva incentivando-os a tomarem as decisões que considerem necessárias. Considera-se que, dependendo das características dos profissionais que constituem a equipa do serviço, o EEEMCPSC deve adequar a sua liderança de forma a maximizar a resposta que os profissionais da equipa têm na sua prática.

Referente à UNICOR, houve a oportunidade de assistir a enfermeira chefe de serviço no exercício das suas funções. Estas abrangem não só a organização do serviço no que diz respeito às admissões da PSC, mas também a realização de auditorias e de relatórios, no sentido de compreender as práticas do serviço, tais como auditoria à avaliação inicial de enfermagem, ao manuseamento e manutenção dos dispositivos médicos, entre outros. Estas ações ajudam a identificar a necessidade de ações formativas em determinada área de atuação.

Considera-se que o acompanhamento das funções de coordenação é de extrema importância, pois promove a capacidade de avaliação dos resultados e assim garantir a promoção de cuidados de excelência. Deste modo, apesar de terem sido poucos os turnos realizados em função de chefia, esta oportunidade conferiu-se de grande importância, na medida em que possibilitou uma visão mais ampla sobre as funções de chefia, uma vez que esta deve ser um motor de desenvolvimento dos membros da equipa assim como da qualidade dos cuidados prestados.

Julga-se ter-se atingido este objetivo pois, ao longo dos vários estágios, foi possível integrar a equipa, e ter uma presença ativa nos momentos de tomada de decisão. Esta deve ser fundamentada em conhecimento científico e reforçada com as competências adquiridas ao longo da prática clínica. Houve momentos, em que alguns elementos mais novos da equipa, sentiram utilidade em esclarecer as suas dúvidas, o que permitiu comprovar a disponibilidade para com todos os elementos da equipa, assim como a perceção dos mesmos nas competências e na atuação baseada na evidência científica, sendo uma característica que se considera crucial num EEEMCPSC. A delegação e supervisão de tarefas foi, também, realizada com sucesso.

D- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1- Otimiza o autoconhecimento e a assertividade

D2 - Fundamenta a sua prática clínica especializada em evidência científica

Referente a este domínio inclui-se a competência de mestre sobre adquirir uma aprendizagem contínua e autónoma.

A OE determina que o EE estabeleça as suas intervenções com base em evidência científica recente e pertinente (Regulamento n° 140/2019, 2019). O EE deve responsabilizar-se e ser proativo na área de formação profissional devendo procurar a atualização de conhecimentos com vista a promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional (Regulamento n° 656/2021, 2021).

Durante todo o estágio, propôs-se a aquisição de conhecimentos sobre as diversas áreas de especialidade, todavia ao identificar lacunas em determinadas áreas de conhecimento, sentiu-se a necessidade de recorrer a peritos com competências reconhecidas. Esta atitude é fundamental a qualquer enfermeiro, de forma a garantir a segurança dos cuidados e a autorreflexão sobre aspetos a melhorar na prática clínica.

De forma a promover uma atitude reflexiva sobre os cuidados prestados, foi proposta a realização de um jornal de aprendizagem referente a cada campo de estágio. As situações abordadas nos jornais de aprendizagem foram eventos marcantes e relevantes, tendo tido um significado importante na capacidade reflexiva. Este documento permitiu o desenvolvimento do pensamento reflexivo aliado à abordagem prática e teórica da situação ocorrida. As situações descritas foram sobre os cuidados prestados a uma pessoa que se deslocou ao hospital para uma consulta e teve uma paragem

cardiorrespiratória (PCR) (apêndice V), a uma pessoa com uma situação inesperada e de rápida evolução para morte cerebral (apêndice VI) e a uma pessoa com mau prognóstico médico que foi submetido a traqueostomia (apêndice VII). A execução de pensamentos reflexivos é crucial ao desenvolvimento profissional do EE e, durante este percurso, foi uma ferramenta essencial para a promoção da capacidade de reflexão crítica sobre a prática e para a evolução da autonomia (Peixoto & Peixoto, 2016).

Relativamente ao SUG, este é assumidamente, um ambiente gerador de *stress* e onde a resposta a determinadas situações deve ser rápida. Nesta medida, tentou-se atuar de uma forma calma e minimizar o sentimento de *stress* para outros profissionais mais novos, para a pessoa a quem os cuidados estavam a ser prestados e para a sua família.

Foram identificadas e comunicadas algumas necessidades formativas direcionadas aos enfermeiros, nomeadamente sobre o cuidado individualizado à pessoa com IC. Teria sido benéfico a realização de uma sessão formativa no sentido de colmatar a necessidade de aprofundar conhecimentos inerentes à gestão desta síndrome, nomeadamente a relação dos sinais e sintomas e a importância de contabilização de débitos urinários bem como a quantidade de líquidos ingeridos pela pessoa (monitorização de entrada e saída de líquidos). No entanto, esta dificuldade foi minimizada através de momentos informais durante o turno, ou seja, quando oportuno e pertinente, foi validada a importância deste cumprimento e a forma de o fazer corretamente.

Na UCIP, apesar de ser um serviço que abrange pessoas com patologias de vários foros, é fundamental que o EEEMCPSC detenha conhecimentos e competências que deem resposta às necessidades da pessoa com doença crítica. Desta forma, procurou-se a atualização de conhecimentos, e proporcionar aos enfermeiros deste serviço a otimização dos seus conhecimentos na abordagem à pessoa com IC. Assim, a sessão formativa realizada foi útil e proveitosa. O *feedback* foi obtido de forma informal, no fim da formação, sendo que todos os elementos presentes reconheceram a pertinência do tema e o interesse em colocar em prática o folheto apresentado. O plano de ação da formação encontra-se no apêndice VIII.

No que diz respeito à UNICOR, houve a oportunidade de assistir a duas formações em serviço, nomeadamente sobre a oxigenoterapia por alto fluxo e cuidados ao cateter Swan-Ganz. Estas foram bastante interessantes e pertinentes, pois o facto de terem sido realizadas no início do estágio, providenciou estratégias e conhecimentos que foi possível colocar em prática. Como formadora, não

houve a oportunidade de apresentar o protocolo de perfusão de insulina a toda a equipa. No entanto, os elementos com quem se partilhou o instrumento de cálculo mostraram entusiasmo na sua implementação. A continuidade do projeto foi assegurada através da delegação do mesmo a uma enfermeira do serviço que mostrou interesse no seu desenvolvimento. Como futura EEMCPSC, considera-se fundamental fomentar, nos restantes membros da equipa, o interesse na aquisição de conhecimentos e na prática baseada na evidência (PBE).

A formação profissional constitui-se fulcral para o enfermeiro, e para o seu desenvolvimento profissional e pessoal. Com base neste propósito e na procura de uma PBE, destaca-se a participação nos seguintes eventos científicos ao longo dos estágios:

- IV Jornadas Científicas Universitárias e Politécnicas Egas Moniz (anexo II): este evento proporcionou a oportunidade de apresentação de um póster sobre a prevenção do *delirium* na PSC em UCI: papel da família (apêndice IX);
- Diálogos em Hipertensão Pulmonar (anexo III): o encontro permitiu a partilha de alguns estudos de caso, bem como a apresentação das várias terapêuticas atualmente utilizadas;
- South Side of the Heart (anexo IV): esta reunião destacou a atualização de algumas temáticas associadas à IC, incluindo o diagnóstico, as etiologias, as terapias e tratamento, tais como os dispositivos implantáveis, e o programa de reabilitação cardíaca;
- Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 (anexo V): o programa incluiu temáticas como o suporte avançado de vida (SAV), a área da PSC em contexto de SUG e UCIP, e a área da catástrofe e do trauma. É importante ressaltar que foram incluídos alguns palestrantes cuja área de atuação é no estrangeiro, o que proporciona uma perspetiva profissional mais alargada. A fim de partilhar o conhecimento obtido relativamente à abordagem à pessoa vítima de trauma, foi elaborado um póster intitulado de “Imobilização total da coluna da pessoa vítima de trauma: prática baseada na evidência ou tradição” (apêndice X) que, posteriormente, foi submetido e apresentado neste congresso (anexo VI);
- Formação interna na UNICOR - “Terapia de Alto Fluxo” e “Cuidados de Enfermagem ao utente com cateter de Swan-Ganz” (anexo VII): onde foi abordado quais as suas indicações e os cuidados de enfermagem inerentes;
- Formação interna na UCIP (como formadora) - Folheto “Como viver com IC”: já descrito com maior detalhe no domínio referente à melhoria contínua da qualidade;

- III Jornadas de Enfermagem - ONE HEALTH: Conquistas e Desafios (anexo VIII): neste evento foi possível assistir à partilha de experiências dos palestrantes referente às várias áreas de atuação, assim como contribuir para o conhecimento científico através da apresentação de um póster sobre a intervenção especializada de enfermagem à PSC com IC (apêndice XI).

A participação em eventos científicos permitiu a partilha de experiências sobre a prática de cuidados com base na evidência científica recente, na perspetiva de melhoria contínua. Agregado a este aspeto, a realização da revisão *scoping* evidencia o empenho na contribuição para a investigação em enfermagem. Deste modo, a publicação deste projeto de investigação está em processo de submissão na revista *Journal of Clinical Medicine*. Por esta razão, neste relatório apenas está apresentado o protocolo da revisão *scoping*.

Considera-se que o objetivo definido foi atingido, na medida em que quer a nível individual quer a nível coletivo, demonstrou-se uma atitude de desenvolvimento de competências e de elemento facilitador nos processos de aprendizagem. O EEEMCPSC deve ser proativo e garantir que todos os elementos da equipa tenham uma atitude ativa na procura de conhecimento. A realização de sessões formativas é crucial para a partilha de conhecimentos e para o esclarecimento de dúvidas. Concomitantemente, os resultados da revisão *scoping* defendem que o EEEMCPSC deve ter uma procura constante no desenvolvimento de conhecimentos e competências, de forma a garantir que a prática de cuidados é baseada na evidência científica e, assim, obter ganhos em saúde.

2.2.2. Competências Específicas

Os cuidados de enfermagem à PSC necessitam de uma atuação rigorosa e eficiente com vista à prevenção e deteção precoce de complicações. Esta competência do EE deve estar presente, não só em contexto de UCIP e SUG pelas evidentes características específicas da pessoa presente nestes serviços, mas também em ambiente de catástrofe devido à imprevisibilidade dos danos causados no evento. Devido à complexidade da PSC, a utilização de medidas invasivas que pretendem a estabilização da vida da pessoa aumentam o risco de infeção, sendo fundamental que o EE minimize esta situação (Regulamento n° 429/2018, 2018).

A OE definiu três competências específicas do EEEMCPSC. No entanto, as competências de mestre referente às competências específicas são aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resposta a problemas de novos acontecimentos em contexto de equipa multidisciplinar,

relacionado com o seu âmbito de estudo, e ter a capacidade de comunicar as suas opiniões, conhecimentos e raciocínios, que a especialistas ou não, de forma clara e compreensível (Decreto-Lei nº 65/2018, 2018).

➤ **Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

Ao longo de todos os estágios, foi tido em consideração qual a tipologia de PSC na qual se pretendia desenvolver a ação no sentido de direcionar o estágio, tendo sido demonstrado o interesse pela pessoa com patologia do foro cardíaco. Todavia, manifestou-se a vontade em adquirir conhecimentos e experiências em todas as áreas de especialidade a fim de alcançar um maior leque de aprendizagens.

Tendo em conta o aumento do número de pessoas com IC, fundamentado pela evidência científica, sentiu-se a necessidade de conhecer a realidade do SUG no que diz respeito ao número de pessoas que são admitidas em fase de descompensação e relacionar a necessidade de internamento, com o conhecimento manifestado pela pessoa sobre a IC.

Com o objetivo de compreender melhor este problema, proporcionou-se a oportunidade de realizar um turno no setor da triagem. O método de triagem utilizado em Portugal é a Triagem de Manchester, que pretende priorizar e categorizar os níveis de gravidade de forma objetiva. Este sistema garante a segurança da pessoa no sentido em que deve obedecer a um tempo alvo recomendado para a primeira observação médica (Costa et al., 2021). Esta experiência mostrou-se enriquecedora na medida em que foi possível constatar o nível de literacia da população portuguesa. Entende-se por literacia em saúde um conjunto de competências sociais e cognitivas que influenciam a capacidade da pessoa para compreender, avaliar e utilizar informação no âmbito da saúde, com vista à tomada de decisões sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção de hábitos de vida saudáveis (Arriaga et al., 2023; Espanha et al., 2016). Um inquérito realizado com o objetivo de aferir os níveis de literacia em saúde, concluiu que, em Portugal, 7,5% da população encontra-se num nível inadequado, e 22% num nível problemático (Arriaga et al., 2022). Os baixos níveis de literacia podem influenciar de forma direta o acesso aos serviços de saúde, nomeadamente ao SUG (Espanha et al., 2016). A iliteracia em saúde é uma realidade da população portuguesa, pois a grande maioria de pessoas recorre ao SUG por queixas não urgentes, provocando uma grande afluência e, conseqüentemente, o atraso na resposta a situações críticas. Pretendeu-se desenvolver competências a fim de identificar, precocemente, situações de instabilidade. Durante as situações de emergência, atuou-se segundo os algoritmos de SAV e de trauma atualizados, demonstrando assim conhecimentos sobre estas matérias.

Relativamente à avaliação primária da pessoa, esta constitui-se de enorme importância na medida em que pretende corrigir situações de potencial risco para a vida da pessoa. Esta segue uma ordem de prioridade, nomeadamente, a permeabilização da via aérea com imobilização da coluna cervical (A - *Airway*), a ventilação e oxigenação (B - *Breathing*), a circulação com controlo da hemorragia (C - *Circulation*), a disfunção neurológica (D - *Disability*) e a exposição com controlo da temperatura (E - *Expose/Environment*). É importante ressaltar que, quando a abordagem é feita a uma pessoa que sofreu um trauma, de na presença de uma hemorragia exsanguinante deve-se iniciar a abordagem “CABCDE” (INEM, 2019).

Na UNICOR, houve a oportunidade de observar algumas técnicas, tais como colocação e manutenção do cateter de Swan-Ganz, manutenção e remoção de ECMO, entubação orotraqueal, aspiração de secreções, entre outras. Apesar de serem procedimentos técnicos, o cuidado à pessoa que possui dispositivos invasivos deve ser feito de forma cuidadosa e meticulosa, no âmbito da prevenção de complicações associadas aos dispositivos. Para além disto, foi possível atuar perante uma situação de emergência, na qual foi possível colocar em prática os conhecimentos sobre o SAV. A atuação em situações de emergência deve ser feita de forma exímia, sendo fundamental que seja executada por elementos experientes e com competências para tal. Na UNICOR, houve momentos de instabilidade hemodinâmica, tais como situações de desadaptação ventilatória e de PCR, sendo possível atuar ativamente. É crucial que todos os elementos presentes neste tipo de unidades, saibam aplicar na sua prática clínica os conhecimentos adquiridos. No entanto, o sucesso das manobras e das técnicas implementadas no sentido de recuperar a vida da PSC devem-se sobrepor à vontade do profissional de saúde em atuar. Isto é, caso não se tenha conhecimento suficiente ou se possua pouca prática em determinada ação, deve-se adotar uma atitude protetora e de observação, na medida em que se deve deixar os colegas mais competentes controlarem a situação, a fim de obter conhecimentos através da visualização da prática. Por outro lado, é mandatório que, posteriormente, se adquira conhecimentos perante a situação vivida de forma a garantir o desenvolvimento das capacidades de intervenção.

Nestes dois serviços, dada a condição instável em que a pessoa se encontra, é fundamental assistir a família no sentido de providenciar apoio emocional de forma a que esta consiga lidar com o sofrimento associado. Apesar da PSC ser aquela cuja situação de saúde está ameaçada, inevitavelmente a família é envolvida nesta conjuntura e lida com toda a magnitude que estas unidades acarretam. Os sentimentos de angústia e sofrimento físico e psicológico associado à incerteza e medo do prognóstico clínico, exige a adaptação à nova condição de saúde do seu familiar (Rose et al., 2019). Assim, é

fundamental assumir que quer a PSC quer a família, vivem um processo de transição saúde-doença e, por vezes, situacional na medida em que a PSC pode ser a responsável pela questão financeira da família e, devido a uma situação de doença, a dinâmica familiar ser alterada. Nestes casos, o encaminhamento para os assistentes sociais pode ser benéfico. A presença de um psicólogo nestas unidades, também seria bastante favorável a este processo, pois o facto de algumas situações serem inesperadas e repentinas, pode trazer sentimentos de revolta, o que pode ser um obstáculo ao processo de vivência da doença. O EEEMCPSC deve desenvolver as suas intervenções dirigidas e com o objetivo de influenciar os familiares de forma favorável. É fundamental a mobilização de competências do EEEMCPSC na integração da família no plano terapêutico por forma a manter uma atualização de informação e promover um sentimento de tranquilidade.

O ambiente hospitalar, e principalmente na UCIP, é gerador de medos e angústia associado ao sofrimento e à condição clínica da pessoa. É crucial que o EEEMCPSC mobilize os seus conhecimentos de forma a dar resposta, em tempo útil, às necessidades da PSC e da sua família, sendo importante estabelecer uma relação terapêutica. Durante os estágios, houve a possibilidade de intervir ativamente em situações de emergência, bem como estar presente em situações de comunicação de más notícias. Apesar de ser um momento de sofrimento para a família, reconheceu-se uma atitude empática nestas situações. Isto é, de todas as situações existentes, conseguiu-se dispor apoio emocional e dar espaço à família para colocar as questões que pretendiam de forma a gerir melhor a situação ocorrida. Lidar com a PSC traz angústia e sofrimento à sua família, mas pode também refletir-se nos profissionais de saúde sendo, por isto, fundamental que os profissionais possuam competência emocional de forma a lidarem com determinadas situações de uma forma saudável. A competência emocional diz respeito ao conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades do enfermeiro na gestão das suas emoções e comportamentos, na automotivação e empatia associados à prática de cuidados à pessoa e à sua família (Amorim, 2022). Considera-se que houve uma boa prestação e que se conseguiu adequar a atuação às necessidades exigidas no momento, e por isto, crê-se que o objetivo delineado foi alcançado.

➤ **Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.**

É fundamental que, numa situação de catástrofe, os recursos sejam adequados ao número de vítimas existentes. Desta forma será possível otimizar a resposta e aumentar a probabilidade de sobrevivência das vítimas. Assim, a triagem de catástrofe é essencial e consiste num sistema que permite a

racionalização dos recursos médicos limitados quando o número de vítimas excede os recursos existentes, com o objetivo de assegurar a melhor prestação de cuidados. A triagem primária baseia-se no método “*Simple Triage And Rapid Treatment*” (START) e utiliza discriminadores como (A vítima anda?, Tem ferida?, Respira?, Frequência respiratória?, Frequência cardíaca?) (INEM, 2012).

Com base nestes discriminadores, é possível dividir as vítimas em quatro categorias/prioridades:

- Prioridade 1 (cor vermelha): vítima emergente;
- Prioridade 2 (cor amarela): vítima grave;
- Prioridade 3 (cor verde): vítima não grave;
- Morto (cor preta) (INEM, 2012).

A triagem secundária garante uma triagem de um grande número de vítimas de forma mais precisa e baseia-se no *Triage Revised Trauma Score* (TRTS). Este método avalia a frequência respiratória, o estado de consciência (com base na Escala de Coma de Glasgow) e a pressão arterial sistólica (INEM, 2012).

A etiqueta de triagem é um sistema organizativo que garante a operacionalização dos métodos de triagem supramencionados (INEM, 2012).

No SUG, a fim de dar resposta a este objetivo, desde início que se pretendeu conhecer o plano de emergência e catástrofe existente de forma a analisar e propor melhorias. Todavia, o mesmo foi atualizado recentemente, estando a aguardar aprovação superior. O plano apresentado à comissão de qualidade da ULSAS-HGO expõe a existência de zonas de prioridade com base nos critérios de gravidade da PSC, e pretende ter a capacidade de receber até 50 pessoas. No período da realização deste estágio, solicitou-se a apresentação do material para uma situação de catástrofe, e constatou-se que este está armazenado num local de fácil acesso, o que é fundamental para uma rápida resposta.

Na UCIP e na UNICOR, apesar dos elementos saberem qual a atuação que devem ter em situação de catástrofe ou emergência, descobriu-se uma lacuna em ambos os planos de evacuação interno. De acordo com o artigo 230º (Portaria nº135/2020), as áreas de internamento de pessoas cuja locomoção e resposta a um alarme sejam insuficientes, nomeadamente a PSC devido aos dispositivos invasivos que possui, devem localizar-se nos pisos térreos e próximos à zona de saída do edifício.

Sendo estas unidades caracterizadas pela alteração do estado de consciência da PSC, bem como da utilização de múltiplos dispositivos médicos de suporte de órgão, ambas as unidades não se encontram no piso térreo. Isto dificulta e pode pôr em causa a evacuação das pessoas, pela sua impossibilidade de se moverem autonomamente. Ao partilhar esta ideia, todos os elementos concordaram na pertinência da constatação, contudo afirmaram ser imutável a constituição das infraestruturas no sentido de colmatar este obstáculo.

Assim foi possível concluir que, com base no artigo supramencionado, a UCIP e a UNICOR não estão de acordo com a regra emanada, tendo em conta que a UCIP está situada no piso 1, e a UNICOR localiza-se no piso 5.

Relativamente aos simulacros, estes têm o objetivo de testar o plano de emergência interno, e são fundamentais para a instituição de rotinas de comportamento e para a otimização de procedimentos de alerta e de emergência (DGS, 2010). De acordo com a DGS (2010), estes devem ser realizados anualmente, devendo os profissionais da instituição estar informados sobre a sua execução. Todavia, em nenhum dos locais de estágio, a realização dos simulacros cumpre as diretrizes emanadas.

A casuística de PCR a nível hospitalar levou a que, em 2010, a DGS determinasse a criação de Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI). Estas equipas são compostas por um médico e um enfermeiro com competências para abordar a PSC de forma eficaz assim que solicitados. Estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 300 000 situações de PCR, pondo em risco a sobrevivência da pessoa. De forma a reconhecer precocemente as situações de deterioração do estado clínico e reduzir a ocorrência de PCR, todos os profissionais de saúde devem conhecer o mecanismo de ativação destas equipas com vista à rápida atuação das mesmas (Despacho n° 9639/2018, 2018).

É através da standardização que a minimização do erro ocorre, sendo esta uma medida para garantir a segurança da pessoa (Despacho n° 9639/2018, 2018).

Durante a permanência no SUG, houve a oportunidade de integrar a EEMI uma vez, no entanto, durante esse turno a equipa não foi ativada, impossibilitando a atuação nesta vertente.

A inexistência de uma situação de catástrofe ou emergência não permitiu a atuação plena na resposta a esta competência, no entanto pretendeu-se conhecer a resposta dos serviços onde os estágios decorreram. Como futura EEEMCSPC considera-se que deve ser uma preocupação pois, por ser uma

situação inesperada e súbita, deve atuar-se de forma rápida e célere, a fim de minimizar os danos que podem ocorrer. Assim, considera-se que este objetivo foi alcançado.

➤ **Otimiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pela pessoa como resultado dos cuidados e dos procedimentos de saúde realizados, podendo afetar concomitantemente os profissionais de saúde no decorrer das suas funções (Nogueira, 2022).

A nível mundial, a IACS representa uma importância cada vez maior. A esperança média de vida é cada vez maior e, aliado ao avanço técnico e científico, o elevado número de pessoas com terapêutica antibiótica e imunossupressora potencia o aumento do risco de infeção. Contudo, cerca de um terço das infeções adquiridas ao longo da prestação de cuidados são evitáveis (Nogueira, 2022).

É fundamental que haja um compromisso e investimento por parte de todos os profissionais de saúde no sentido de minimizar os riscos que as terapias invasivas acarretam e, desta forma, o EEEMCPSC deve ter um papel preponderante na mudança e na promoção da prestação de cuidados seguros.

No estágio no SUG, pretendeu-se conhecer o elemento dinamizador do GCLPPCIRA, a fim de perceber o seu grau de atuação, ao qual foi possível constatar que era a enfermeira responsável pela orientação do estágio. Tentou-se compreender a periodicidade de realização de auditorias, tendo sido comunicado que idealmente seria mensalmente, mas que devido à pandemia pela covid-19, esta prática foi interrompida até à realização deste estágio. De forma a obter dados recentes nesta área, decidiu-se realizar uma auditoria a uma das precauções básicas de controlo de infeção, para identificar possíveis aspetos a melhorar. No SUG existe uma alta rotatividade de pessoas, pelo que torna alta a probabilidade de existência de infeções cruzadas, por isto, decidiu-se incidir a observação na higienização das mãos e na acessibilidade que as pessoas têm de cumprir esta medida considerada vital. No apêndice IV, encontra-se o resultado (em taxa de conformidade) das medidas delineadas pela DGS na norma nº 007/2019. Na eventualidade de se ter mais tempo de estágio, o próximo passo seria a realização de uma formação para divulgar os resultados obtidos, bem como reforçar a importância e o impacto do cumprimento das precauções básicas do controlo de infeção. No entanto, os resultados foram fornecidos ao elemento de ligação do GCLPPCIRA do serviço.

Na UCIP, a enfermeira que atua como elemento de ligação do GCLPPCIRA tinha as suas funções suspensas. Consideramos de extrema importância, a necessidade de delegação de funções em situações cujo funcionamento de uma área tão fundamental como esta seja interrompida, podendo pôr em causa a segurança da prestação de cuidados de saúde.

Na UNICOR, o elemento dinamizador do GCLPPCIRA tinha uma atitude ativa perante as suas responsabilidades, estando incluída em várias formações hospitalares. Adicionalmente, todos as manhãs, eram contabilizados todos os dispositivos invasivos que as pessoas internadas possuíam. Isto permite compreender a evolução da taxa de infeções associadas aos dispositivos, sendo fundamental para perceber a necessidade formativa para mudança de práticas de saúde.

Considera-se que a atitude proativa em conhecer o elemento dinamizador do GCLPPCIRA e a compreensão das suas funções, contribuiu para se ter conseguido atingir o objetivo proposto. O EEEMCPSC deve ser um elemento de referência para a restante equipa na prevenção e controlo de infeção, devendo ter os seus conhecimentos atualizados nesta área e promover boas práticas de saúde. Estando a PSC associada à utilização de dispositivos invasivos, considera-se fundamental que o elemento dinamizador do GCLPPCIRA seja, pelo menos, um EEEMCPSC atento e dinâmico no sentido de prevenir as complicações associadas aos mesmos, tal como é descrito pela OE (2017) no regulamento n° 558 referente ao Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. Acrescenta-se, ainda, que o EEEMCPSC deve ser capaz de suscitar interesse aos seus colegas sobre uma área tão fundamental para a prática de cuidados seguros.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IC representa tem um grande impacto na vida dos seus portadores, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar e de morte. Este facto acarreta um grande impacto para o sistema nacional de saúde.

Sendo a progressão da doença diretamente proporcional à diminuição da qualidade de vida e aos custos para o sistema de saúde, a pessoa com IC exige cada vez mais a atenção do EEEMCPSC na medida em que o seu juízo crítico e a sua atuação face a uma situação complexa é vital para minimizar a carga que este tem, não só para o sistema económico, mas também para a autonomia da pessoa.

A realização deste relatório revelou-se uma etapa crucial na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas à PSC com IC, para a obtenção do grau de mestre segundo os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e do título de EEEMCPSC reconhecido pela OE.

O referencial teórico que suporta a temática abordada foi a teoria das transições de Afaf Meleis. Esta teoria foi fundamental para a compreensão da importância do EE nos processos de transição saúde/doença, adaptando a sua atuação no cuidado centrado na pessoa. As estratégias utilizadas foram a pesquisa bibliográfica que, notoriamente, favoreceram a PBE e a reflexão crítica sobre a prática.

O cuidado à PSC é reconhecido por ser de grande complexidade, não só à pessoa em si mas também à sua família e ao contexto social em que estão inseridos. É fundamental que os horizontes de atuação dos profissionais sejam cada vez mais vastos, de modo a satisfazer as necessidades exigidas, sendo que o EEEMCPSC deve dar resposta não só a nível técnico e científico, mas também na humanização dos cuidados por forma a atenuar as fragilidades que a situação acarreta para a pessoa/família.

Com vista a contribuir para o desenvolvimento de conhecimento em enfermagem, foi elaborado um projeto de investigação que pretende apresentar a evidência relativamente à influência do EEEMCPSC na pessoa com IC. Assim, foi realizada uma revisão *scoping* cuja pergunta pretende esclarecer “Quais são as intervenções especializadas de enfermagem à PSC com IC?”.

Os resultados obtidos evidenciaram a importância do enfermeiro na deteção precoce de sinais e sintomas que está diretamente relacionado com a procura contínua de conhecimentos e desenvolvimento de competências. É desta forma que o enfermeiro elabora planos de cuidados

individualizados e adequados, devendo incluir a família na estratégia terapêutica. A promoção da relação terapêutica efetiva confere uma grande importância, assim como o trabalho da equipa multidisciplinar.

Este trabalho de investigação encontra-se em processo de submissão para uma revista científica, sendo que a sua aprovação tem uma grande importância para o avanço científico, e que promoverá uma prática de cuidados de excelência à PSC com IC.

Um dos aspetos a destacar como positivo para o desenvolvimento pessoal e profissional foram os locais de estágio. A passagem por serviços cuja disponibilidade dos diversos profissionais de saúde em partilhar conhecimentos e experiências é notória, foi fundamental para potenciar uma atitude proativa e de curiosidade no estudante. Em contrapartida, a organização dos sistemas de saúde e a atual dificuldade pelos quais os serviços estão a atravessar associado, por exemplo, à falta de profissionais, mostrou-se uma ameaça à implementação de alguns projetos no âmbito da melhoria contínua dos cuidados.

Ao analisar o percurso efetuado, considera-se que os objetivos delineados para este projeto foram alcançados e que responderam positivamente ao desenvolvimento de competências comuns do EE e às competências específicas do EE na PSC. As competências adquiridas foram matéria fundamental para a adoção de uma perspetiva especializada e no olhar clínico vital para a prestação de melhores cuidados de saúde.

Em suma, este curso de mestrado e, logicamente, a presença em campos de estágio distintos revelaram-se vitais para potencializar a experiência pessoal, académica e profissional, na medida em que contribuíram para nos tornar mais diferenciadas e competentes. Certamente que as experiências vividas serão aproveitadas para continuar a promover cuidados de excelência e a seguir numa direção de constante atualização de conhecimentos para garantir a PBE. A excelência dos cuidados de enfermagem passa por garantir que todas as pessoas se sentem seguras e protegidas em situações de maior vulnerabilidade e, por isto, sentimos ainda mais o dever de fomentar esta máxima ao longo da nossa vida profissional e pessoal.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional para a Qualificação, e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Consultado em https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

Amorim, C. (2022). *Competência Emocional do Enfermeiro do Serviço de Urgência no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica*. (Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem). Consultado em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/83380/1/Carla%20Cristina%20Maiato%20Amorim.pdf>

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.

Arriaga, M., Santos, B., Ferreira, C., Wilson, G., Raposo, B., Mata, F., Silva, N. & Freitas, G. (2022). *Relatório Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Consultado em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/portugal-tem-o-nivel-mais-elevado-de-literacia-em-vacinacao-da-europa-pdf.aspx>

Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A. & Freitas, G. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico*. Consultado em https://www.researchgate.net/publication/371901961_Plano_Nacional_de_Literacia_em_Saude_e_Ciencias_do_Comportamento_2023-2030_-_Plano_Estrategico

Arrigo, M., Jessup, M., Mullens, W., Reza, N., Xá, A., Sliwa, K. & Mebazaa, A. (2020). *Acute Heart Failure*. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(16). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0151-7>

Aviso nº 16920/2022. Diário da República: II série, nº 167. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26976/aviso_169202022.pdf

Azevedo, L., Sousa, A. & Coelho, S. (2020). *A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa*. *Cadernos da Saúde*, 12(1): 12-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>

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

Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. (1st) Springer Publishing Company

Bridges, E. (2017). *Research in Review: Advancing Critical Care Practice*. *American Journal of Critical Care*, 26(1): 77–88. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017609>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *About Chronic Diseases*. Consultado em <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. & Merino, J. (2019). *A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma scoping review*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63-72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0273>

Costa, F., Torres, R. & Sousa, C. (2021). *Triagem de Manchester: Percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam*. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>

Couto, D., Barbosa, K., Silva, M., Carvalho, M., Silva, F. & Viana, A. (2021). *Protocolos de manejo de hiperglicemia em paciente crítico e não crítico em ambiente hospitalar*. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 45(2): 8-23. https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.nSupl_2.a3557

Cowie, M., Anker, S., Cleland, J., Felker, G., Filippatos, G., Jaarsma, T., ..., López-Sendón, J. (2014). *Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization*. *ESC heart failure*, 1(2), 110–145. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12021>

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

Decreto-Lei n° 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: I série, n° 205. Consultado em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Despacho n° 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, n° 102. Consultado em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Despacho n° 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n° 187. Consultado em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Despacho n° 9639/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II série, n° 198. Consultado em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Guia geral para a elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Consultado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Consultado em https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DE22015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde*. Consultado em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Consultado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

Emidio, A., Faria, R., Bispo, B., Vaz-Pinto, B., Messias, A. & Meneses-Oliveira, C. (2021). *GlucOSTRESS - Projeto de otimização do controle glicêmico em uma unidade de cuidados intensivos portuguesa nível C (III)*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 33(1): 138-145. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210015>

Escola Superior de Saúde Egas Moniz. (2024). *Instrução para a elaboração do projeto e relatório de estágio dos mestrados em Enfermagem*. Consultado em <http://moodle.egasmoniz.edu.pt/>

Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal: Relatório síntese*. Consultado em https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/87Est_Lieracia_Saude.pdf

Ferrito, C., Ruivo, M., Nunes, L. & Estudantes do 7º curso de licenciatura em enfermagem. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. *Revista Percursos*. (15): 1-37. Consultado em https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Frade, J., Henriques, C. & Frade, M. (2021). *A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I. & Ceia, F. (2018). *Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2): 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2022). *Evolução de Portugal nas últimas 6 décadas*. Consultado em <https://www.pordata.pt/portugal>

Gheorghiu, V. & Barkley, T. (2017). *Identification and Prevention of Secondary Heart Failure: A Case Study*. *Critical Care Nurse*, 37(4): 29–35. <https://doi.org/10.4037/ccn2017478>

Guimarães, M. & Silva, L. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Consultado em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Hany, A., & Vatmasari, R. (2021). *Correlation between nurse-patient interaction and readiness to care for post-treated heart failure patients in the intensive care room Malang, Indonesia*. *Journal of public health research*, 10(2), 2229. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2229>

Hansen, B. & Dysvik, E. (2022). *Expanding the theoretical understanding in Advanced Practice Nursing: Framing the future*. *Nurs Forum*. 57(6): 1593-1598. <https://doi.org/10.1111/nuf.12827>

Harris, K., Jacoby, D., Lampert, R., Soucier, R. & Burg, M. (2021). *Psychological Stress in Heart Failure: A Potentially Actionable Disease Modifier*. *Heart Failure Rev*. 26(3): 561–575. <https://doi.org/10.1007/s10741-020-10056-8>

Heidenreich, P., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L., Byun, J., Colvin, M., ..., Yancy, C. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Journal of cardiac failure*, 28(5), e1–e167. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2022.02.010>

Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L. & Azevedo, T. (2023). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Consultado em: <https://hdl.handle.net/10316/107474>

Hsu, C. & Li, W. (2018). *Critical Care of Acute Heart Failure*. IntechOpen. <http://doi.org/10.5772/intechopen.81721>

Inagaki, N., Seto, N., Lee, K., Takahashi, Y., Nakayama, T., & Hayashi, Y. (2023). The role of critical care nurses in shared decision-making for patients with severe heart failure: A qualitative study. *Plos one*, 18(7), e0288978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288978>

Im, E. & Meleis, A. (2021). *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing*. Springer

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção (Manual do TAS)*. INEM. Consultado em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Abordagem à vítima: Manual TAS/TAT*. Consultado em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica e Gabinete de Marketing e Comunicação. Consultado em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>

Kriksciuniene, D. & Sakalauskas, V. (2022). *Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare*. (1st ed.) Springer

Lee, K., Hyeongsuk, L., Eun, M. & Jae-Hyeong, P. (2022). Association between Discharge Process and 2-year Prognosis in Patients with Heart Failure: Retrospective Chart Review. *Korean Journal of Adult Nursing*, 34(6), 537-544. <https://doi.org/10.7475/kjan.2022.34.6.537>

Liljeroos, M., & Strömberg, A. (2019). Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. *European journal of heart failure*, 21(1), 103–109. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1329>

Lima, C., Santos, J., Magalhães, A., Caldas, C., Erdmann, A., & Santos, I. (2016). Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(5), e19870. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.19870>

Lopes, A. (2018). *Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Relação Terapêutica com Intervenção Especializada do Enfermeiro*. (Relatório de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa: Portugal. Consultado em

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27943/1/Relat%C3%B3rioEst%C3%A1gio_AnaClaraLopes_77.pdf

Lopes, A. (2021). *A comunicação de más notícias em contexto de uma unidade de cuidados intensivos polivalente*. (Tese de mestrado, Instituto politécnico de Viana do Castelo, Escola superior de saúde). Consultado em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2700/1/Alda_Lopes.pdf

Masters, K. (2015). *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice*. (2nd ed.). Massachusetts: Jones & Barlett Learning

McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2nd ed.). Wiley Blackwell

Meleis, A. (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (6th ed.). Wolters Kluwer

Metkus, T., Pharmd, J., Feira, L., Riley, S., Berry, S., Sahetya, S., Hsu, S. & Gilotra, N. (2021). *Quality of Heart Failure Care in the Intensive Care Unit*. *Journal of Cardiac Failure*, 27(10): 1111-1125. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.08.001>

Ministério da Saúde. (2015a). *Avaliação nacional da situação das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-dasitua%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Ministério da Saúde. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Consultado em <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Monteiro, S., Timóteo, A., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V. & Morais, J. (2020). *Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(7), 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>

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

Ohbe, H., Matsui, H. & Yasunaga, H. (2021). *Intensive care unit versus high-dependency care unit for patients with acute heart failure: a nationwide propensity score-matched cohort study*. *Journal of Intensive Care*, 9(78). <https://doi.org/10.1186/s40560-021-00592-2>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica*. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8472/referencialavaliacao_acreditacaoidoneidadeformativacontextospc.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Consultado em [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organização Mundial de Saúde. (2023a). *Noncommunicable diseases*. Consultado em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organização Mundial de Saúde. (2023b). *Dementia*. Consultado em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organização Mundial de Saúde. (2024). *Cuidados integrados centrados nas pessoas*. Consultado em https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1

Paul, S., & Hice, A. (2014). *Role of the acute care nurse in managing patients with heart failure using evidence-based care*. *Critical care nursing quarterly*, 37(4), 357–376. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000036>

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11): 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

Portaria n° 135/2020 da Administração Interna. (2020). *Diário da República: I série, n° 107. 2-214*. Consultado em <https://files.dre.pt/1s/2020/06/10700/0000200214.pdf>

Portaria n° 349/96 do Ministério da Saúde. (1996). *Diário da República: I série, n° 183*. Consultado em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1996/08/183b00/24122413.pdf>

Ramos, A. (2001). *Empoderamento em Saúde: o papel do enfermeiro*. Consultado em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9017/1/Revista%20Percursos%20n03_Enfermagem%20-%20Empoderamento%20em%20Saúde%20-%20O%20Papel%20do%20Enfermeiro.pdf

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: II série, n° 26. 4744-4750*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista



Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, n.º 35. 8656-8657. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Regulamento n.º 361/2015. Diário da República: II série, n.º 123. 17240-17243. Regulamento das Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Regulamento n.º 429/2018. Diário da República: II série, n.º 135. 19359-19370. 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 perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Regulamento n.º 656/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: II série, n.º 137.

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 184. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Riley J. (2013). *Acute decompensated heart failure: diagnosis and management. British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(22), 1290–1295. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.22.1290>

Rosano, G., Seferovic, P., Savarese, G., Spoletini, I., Lopatin, Y., Gustafsson, F., ..., Coats, A. (2022). *Impact analysis of heart failure across European countries: an ESC-HFA position paper. ESC Heart Failure*, 9(5), 2767–2778. <https://doi.org/10.1002/ehf2.14076>

Rose, L., Istanbulian, L., Allum, L., Burry, L., Dale, C., Hart, N., Kydonaki, K., Ramsay, P., Pattison, N., & Connolly, B. (2019). *Patient and Family Centered Actionable Processes of Care and Performance Measures for Persistent and Chronic Critical Illness: A Systematic Review. Critical care explorations*, 1(4), e0005. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000005>

Santana, M., Manalili, K., Jolley, R., Zelinsky, S., Quan, H. & Lu, M. (2017). *How to practice person-centred care: A conceptual framework. Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(2), 429–440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>

Serviço Nacional de Saúde. (2024a). *Urgência, emergência e ambulatório*. Consultado em <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-da-urgencia/>

Serviço Nacional de Saúde. (2024b). *VMER do HGO perto dos 100% de operacionalidade*. Consultado em <https://www.hgo.min-saude.pt/2023/08/03/vmer-do-hgo-perto-dos-100-de-operacionalidade/>

Serviço Nacional de Saúde. (2024c). *Via Verde do AVC do HGO aumenta resposta aos doentes*. Consultado em <https://www.hgo.min-saude.pt/2023/10/29/importancia-da-prevencao-e-resposta-rapida-no-avc/>

Shahim, B., Kapelios, C., Savarese, G. & Lund, L. (2023). *Carga de saúde pública global da insuficiência cardíaca: uma revisão atualizada, Revista de Insuficiência Cardíaca*, 9(e11) <https://doi.org/10.15420/cfr.2023.05>

Silva, E., Mendes, A. & Antunes, S. (2021a). *Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia. Revisão integrativa da literatura. New Trends in Qualitative Research*, 8, 353-361. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>

Silva, A., Mendonça, S., Moraes, A., Vasconcelos, T. & Costa, G. (2021b). *Satisfação e insatisfação da equipe de enfermagem em unidades de urgência e emergência: revisão integrativa, Revista Nursing*. 24 (276), 5656-5669. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5656-5669>

Smith, M. (2020). *Nursing Theories and Nursing Practice* (5th ed). F.A. Davis

Sociedade Europeia de Cardiologia. (2021). 2021 *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European heart journal*, 42(36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2021). *Recomendações de Bolso de 2021 da ESC. Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. Consultado em <https://spc.pt/wp-content/uploads/2022/04/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva-6.pdf>

The Health Foundation. (2016). *Person-Centred Care Made Simple: What Everyone Should Know About Person-Centred Care*. The Health Foundation. ISBN: 978-1-906461-56-0

Trindade, I. (2020). *A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. (Relatório de Mestrado), Instituto Politécnico de Portalegre. Portalegre: Portugal. Consultado em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35315>

Vuckovic, K., Bierle, R., & Ryan, J. (2020). *Navigating Symptom Management in Heart Failure: The Crucial Role of the Critical Care Nurse. Critical care nurse*, 40(2), 55–63. <https://doi.org/10.4037/ccn2020685>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Protocolo da Revisão *Scoping*

Título: Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Insuficiência Cardíaca: Revisão *Scoping*

Autoras: Ana Teresa Martins¹, Diana Vareta²

¹ Estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Enfermeira no Serviço de Cardiologia e Unidade de Cuidados Coronários no Hospital Garcia de Orta

² Professora Mestre na Escola Superior de Saúde Egas Moniz

RESUMO

Enquadramento: A insuficiência cardíaca agudizada representa um problema de saúde com impacto global e de prevalência crescente na população. Esta condição implica risco de vida iminente, complicações e consequências a longo prazo exigindo uma intervenção de enfermagem dirigida.

Objetivo: Identificar, mapear e analisar as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica com insuficiência cardíaca.

Metodologia: Revisão *scoping* será realizada segundo as orientações do Instituto Joanna Briggs nas bases de dados MEDLINE, Nursing & Allied Health, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts, e Cochrane Clinical Answers.

Palavras-Chave: Intervenções de Enfermagem, Cuidados Críticos, Insuficiência Cardíaca

ABSTRACT

Background: Acute heart failure represents a health problem with a global impact and increasing prevalence in the population. This condition implies an imminent risk to life, complications and long-term consequences requiring targeted nursing intervention.

Objective: To identify, map and analyse nursing interventions in the care of people in critical situations with heart failure.

Methodology: Scoping review will be carried out according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute in the databases MEDLINE, Nursing & Allied Health, Cochrane Central Register of Controlled

Trials, MedicLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts, and Cochrane Clinical Answers.

Keywords: Nursing Interventions, Critical Care, Heart Failure

INTRODUÇÃO

De acordo com as recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia [ESC] (2021), a Insuficiência Cardíaca (IC) pode definir-se como *“uma anomalia na estrutura ou na função cardíaca, que resulta na incapacidade do coração fornecer as doses de oxigénio necessárias às exigências dos tecidos, apesar das pressões de enchimento normais (ou apenas à custa do aumento das pressões de enchimento)”* (Homem et al., 2023, página [p.] 77).

A nível mundial, a IC é uma situação de emergência médica que pode colocar a vida da pessoa em risco, sendo uma das principais razões de recorrência aos serviços de saúde (Cowie et al., 2014). Globalmente, a IC afeta mais de 64 milhões de pessoas. Estima-se que nos Estados Unidos da América, a prevalência de pessoas com IC aumente em 46% de 2012 a 2030, refletindo-se no aumento dos custos de saúde (Shahim et al., 2023). Corroborando este facto, Ohbe et al. (2021) afirmam que o número de pessoas em situação crítica (PSC) com IC em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tem vindo a aumentar exponencialmente ao longo da última década. Por ter um prognóstico desfavorável, estima-se que, na Europa, a mortalidade da pessoa com IC seja entre 2 e 27% (Rosano et al., 2022). A IC é um problema de saúde com potencial risco de vida, sendo crucial que a pessoa seja assistida em UCI munidas de recursos materiais e humanos de forma a dar a melhor resposta, diminuindo o risco de morte (Hsu & Li, 2018).

Os sintomas experienciados pela pessoa com IC podem causar limitações nas atividades de vida diária e, consequentemente, diminuir a qualidade de vida (Liljeroos & Strömberg, 2019). A necessidade de internamento hospitalar e de terapias cada vez mais avançadas, acarreta custos elevados para a economia (Lee et al., 2022). A falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas da descompensação, os cuidados não farmacológicos (restrição salina e hídrica) e do incumprimento medicamentoso são os fatores desencadeantes de descompensação aguda (Sousa et al., 2016).

A IC aguda tem um início súbito, sem mecanismos compensatórios, traduzindo-se em edema pulmonar, baixo débito cardíaco ou até mesmo choque cardiogénico que é uma condição crítica caracterizada pela presença de sinais de hipoperfusão tecidual periférica. Na fase de agudização, os

sintomas experienciados pelas pessoas com IC são inespecíficos e de progressão rápida (Riley, 2013) e o agravamento da sintomatologia corresponde, assim, a uma fase de descompensação que, muitas vezes, requer internamento em unidades de cuidados críticos (Urden et al., 2006).

A pessoa com IC aguda que apresenta choque cardiogénico requer tratamentos específicos e tem uma probabilidade de morte dez vezes maior do que a pessoa que não apresenta sinais de choque (Arrigo et al., 2020).

O tratamento utilizado na pessoa com IC aguda passa pelo uso de terapias farmacológicas como os diuréticos e vasodilatadores, mas também pelo uso de técnicas invasivas, tais como ventilação mecânica, suporte circulatório mecânico e terapia de substituição renal (Arriago et al., 2020; Ohbe et al., 2021).

Por este motivo, a PSC com IC apresenta um elevado risco de desenvolvimento de complicações associadas aos cuidados de saúde, como por exemplo, infeções devido à presença de dispositivos invasivos, sépsis, disfunção multiorgânica, entre outras (Ohbe et al., 2021).

De forma a colmatar estas complicações, é fundamental que esta receba cuidados de uma equipa de profissionais de saúde treinada e com competências específicas que proporcione os melhores cuidados de saúde. (Metkus et al., 2021; Monteiro et al., 2020).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados críticos em UCI, sendo que a sua intervenção é complexa e desafiadora, na medida em que envolve cuidados abrangentes num ambiente stressante (Ageel & Shbeer, 2022).

A PSC com IC apresenta uma condição clínica multifacetada e de grande risco, tendo um internamento longo em UCI, que existe a diminuição das complicações evitáveis e a melhoria dos resultados (Metkus et al., 2021).

Sendo a IC uma condição ameaçadora à vida e, tendo em conta a sua natureza complexa, é crucial que os cuidados de enfermagem consigam dar resposta tanto à necessidade de estabilização como à prevenção e tratamento de complicações, tendo impacto tanto no prognóstico como na experiência vivida (Hsu & Li, 2018).

De forma a adequar a atuação à PSC com IC e melhorar os seus *outcomes*, é fundamental identificar e analisar as intervenções de enfermagem dirigidas a esta população.

METODOLOGIA

A presente revisão *scoping* será estruturada a partir das orientações do Joanna Briggs Institute [JBI] (Peters et al., 2020). A pesquisa será direcionada através da questão de investigação “Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com insuficiência cardíaca?”, concebida no formato PCC:

- **População:** Pessoa com Insuficiência Cardíaca
- **Conceito:** Intervenções de Enfermagem
- **Contexto:** Cuidados Críticos

Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão serão estabelecidos com base na mnemónica PCC. Assim, referente à população serão incluídas a pessoa com IC com idade superior a 18 anos. Relativamente à intervenção, serão determinados os cuidados na área de atuação de enfermagem. Quanto ao contexto, serão definidos os cuidados críticos onde são prestados cuidados de nível II ou intermédios (unidade indicada a pessoas que necessitem de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica) e de nível III ou intensivos (unidade dirigida a pessoas com pelo menos duas disfunções agudas de órgãos vitais, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico) (Paiva et al., 2016), e o Serviço de Urgência Geral (SUG).

Adicionalmente a estes critérios, será estipulada a data de publicação entre 2013 a 2023, e será aceite qualquer metodologia de investigação e nível de evidência científica.

Critérios de Exclusão

Para além dos artigos não disponíveis em texto integral ou acesso aberto, serão excluídos:

- **População:** grávidas, idade inferior a 18 anos
- **Conceito:** Intervenções de outras áreas disciplinares da área da saúde
- **Contexto:** cuidados paliativos, pré-hospitalar, unidades de internamento de nível I

Estratégia de Pesquisa

Através da plataforma EBSCOhost, a pesquisa será efetuada nas bases de dados MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts, e Cochrane Clinical Answers. A pesquisa booleana será sustentada nos descritores anteriormente validados através da plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/ MeSH): [(Heart Failure) OR (Cardiac Failure) OR (CHF) OR (Chronic Heart Failure) OR (Congestive Heart Failure)] AND (Nurs*) AND [(Critical Patients) OR (Critically Ill) OR (Intensive car*) OR (Emergenc*)].

Seleção de Artigos

A pesquisa será realizada no mês de julho do ano de 2023.

Ao longo das fases de seleção, serão eliminados os artigos que não cumpram os critérios de inclusão e que não correspondam ao objetivo da revisão *scoping*.

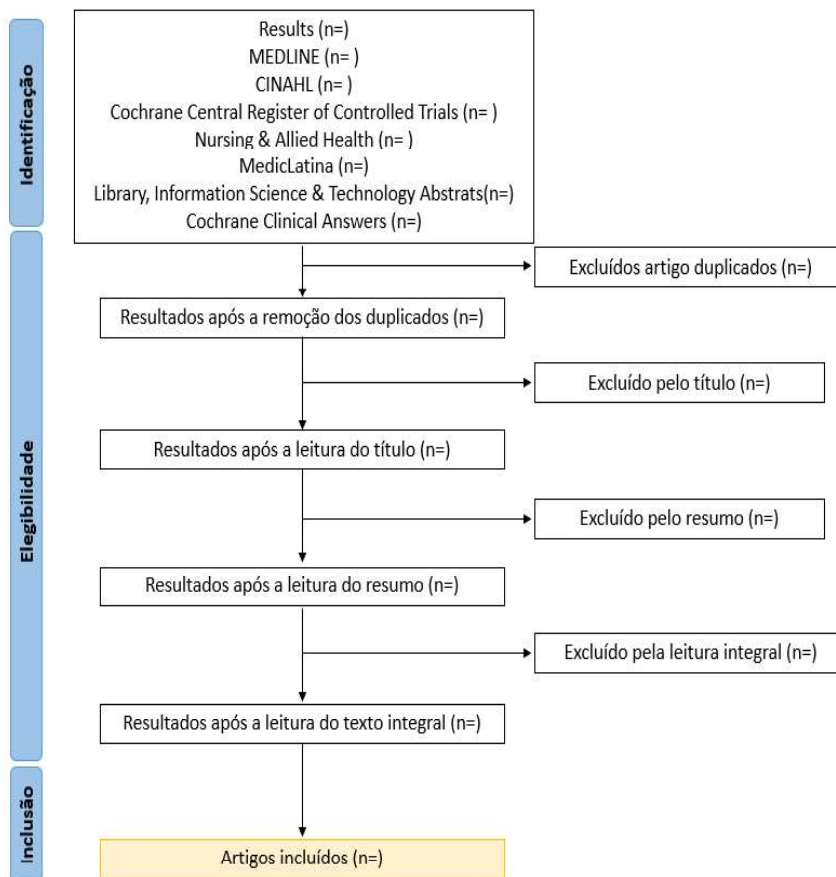


Figura 1 – Diagrama *Prisma Flow*

Extração e Apresentação de Resultados

Os resultados obtidos serão espelhados numa tabela de extração de dados (Tabela 1). Esta será organizada de acordo com o título, autores e ano de publicação, objetivo do estudo, metodologia utilizada, resultados e conclusões obtidas. Posteriormente será apresentado um texto descritivo que pretende estabelecer a relação entre a questão formuladas e os resultados obtidos.

Título:				
Autores/Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão

Tabela 1 – Tabela de Apresentação de resultados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ageel, M. & Shbeer, A. (2022). *Assessment of the Critical Care Work Environment of Intensive Care Unit Nurses in Saudi Arabia. Risk Management and Healthcare Policy*, 15: 2413-2420. <http://doi.org/10.2147/RMHP.S391698>

Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. (2nd ed.). Springer Publishing Company

Bridges, E. (2017). *Research in Review: Advancing Critical Care Practice. American Journal of Critical Care*, 26(1): 77–88. <http://doi.org/10.4037/ajcc2017609>

Cowie, M., Anker, S., Cleland, J., Felker, G., Filippatos, G., Jaarsma, T., Jourdain, P., Knight, E., Massie, B., Ponikowski, P., & López-Sendón, J. (2014). *Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. ESC heart failure*, 1(2): 110–145. <http://doi.org/10.1002/ehf2.12021>

Decreto-Lei nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República: Série 2, nº 135. Acedido a 18 de outubro de 2023. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Decreto-Lei nº 26 de 6 de fevereiro de 2019 do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: Série II, nº 26 (p. 4744-4750). Acedido a 18 de outubro de 2023. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I. & Ceia, F. (2018). *Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2): 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>

Gheorghiu, V., & Barkley, T. (2017). *Identification and Prevention of Secondary Heart Failure: A Case Study. Critical Care Nurse*, 37(4): 29–35. <http://doi.org/10.4037/ccn2017478>

Hany, A., & Vatmasari, R. (2021). *Correlation between nurse-patient interaction and readiness to care for post-treated heart failure patients in the intensive care room Malang, Indonesia. Journal of public health research*, 10(2), 2229. <http://doi.org/10.4081/jphr.2021.2229>

Hsu, C., & Li, W. (2018). *Critical Care of Acute Heart Failure. IntechOpen*. <http://doi.org/10.5772/intechopen.81721>

Inagaki, N., Seto, N., Lee, K., Takahashi, Y., Nakayama, T., & Hayashi, Y. (2023). *The role of critical care nurses in shared decision-making for patients with severe heart failure: A qualitative study. Plos one*, 18(7), e0288978. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0288978>

Lee, K., Hyeongsuk, L., Eun, M., & Jae-Hyeong, P. (2022). *Association between Discharge Process and 2-year Prognosis in Patients with Heart Failure: Retrospective Chart Review*. *Korean Journal of Adult Nursing*, 34(6), 537-544. <http://doi.org/10.7475/kjan.2022.34.6.537>

Liljeroos, M., & Strömberg, A. (2019). *Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings*. *European journal of heart failure*, 21(1), 103–109. <http://doi.org/10.1002/ehf.1329>

Monteiro, S., Timóteo, A., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V. & Morais, J. (2020). *Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(7), 401-406. <http://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>

Ohbe, H., Matsui, H. & Yasunaga, H. (2021). *Intensive care unit versus high-dependency care unit for patients with acute heart failure: a nationwide propensity score-matched cohort study*. *Journal of Intensive Care*, 9(78). <http://doi.org/10.1186/s40560-021-00592-2>

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Paul, S., & Hice, A. (2014). *Role of the acute care nurse in managing patients with heart failure using evidence-based care*. *Critical care nursing quarterly*, 37(4), 357–376. <http://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000036>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020) *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <http://doi.org/10.46658/IBIMES-20-12>

Riley J. (2013). *Acute decompensated heart failure: diagnosis and management*. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(22), 1290–1295. <http://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.22.1290>

Sociedade Europeia de Cardiologia (2021). *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC*. *European Heart Journal*, 42 (36): 3599–3726. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Sousa, M., Araújo, A., Freire, M., Oliveira, J., & Oliveira, S. (2016). *Diagnósticos e intervenções de Enfermagem para a pessoa com Insuficiência Cardíaca Descompensada*. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 8(4): 5025–5031. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5025-5031>

Ulden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2006). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. (5th ed.). Lusodidacta

Vuckovic, K., Bierle, R., & Ryan, J. (2020). *Navigating Symptom Management in Heart Failure: The Crucial Role of the Critical Care Nurse*. *Critical care nurse*, 40(2), 55–63. <http://doi.org/10.4037/ccn2020685>

APÊNDICE II – Objetivos de Estágio

Competências Comuns:

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	
Objetivo - Desenvolver uma prática profissional ética e legal, garantindo o respeito, a segurança, a privacidade e a dignidade na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica.	
Competência	Atividades/Estratégias
- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; - Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos, a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa.	- Constrói estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa; - Suporta a tomada de decisão baseado no conhecimento e experiência; - Participa na reflexão e tomada de decisão em equipa; - Analisa os resultados das tomadas de decisão; - Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional; - Assegura o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos; - Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	
<u>Objetivo</u> - Desempenhar um papel ativo no desenvolvimento de estratégias e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica.	
Competência	Critérios de avaliação
- Mobiliza conhecimentos e habilidade, garantindo a melhoria contínua da qualidade; - Planeia programas de melhoria contínua; - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; - Participa na gestão do risco.	- Promove a melhoria contínua da qualidade através dos conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional baseada na evidência científica; - Identifica oportunidades de melhoria; - Promove a sensibilidade, a consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo; - Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais; - Coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

Domínio da gestão dos cuidados	
<u>Objetivo</u> - Desenvolver capacidades de gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem do serviço de forma a garantir a qualidade dos cuidados.	
Competência	CrITÉRIOS de avaliação
• Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; • Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; • Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; • Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	• Conhece os vários elementos da equipa multidisciplinar e as suas funções; • Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa; • Colabora nas decisões da equipa de saúde; • Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar; • Implementa métodos de organização do trabalho adequado; • Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	
<u>Objetivo</u> – Desenvolver conhecimentos na área de enfermagem nomeadamente à pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica com base na evidência científica atualizada.	
Competência	Crítérios de avaliação
• Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; • Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho; • Gere respostas de adaptabilidade individual e organizacional; • Suporta a prática clínica em evidência científica.	• Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa e/ou a equipa multidisciplinar; • Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais; • Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; • Atua eficazmente sob pressão; • Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade; • Diagnostica necessidades formativas; • Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; • Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento de prática clínica especializada.

Competências Específicas:

<u>Objetivo</u> – Desenvolver competências especializadas de enfermagem à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	
Competência	Critérios de avaliação
• Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; • Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos; • Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; • Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; • Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; • Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;	• Identifica prontamente focos de instabilidade; • Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; • Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; • Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma; • Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; • Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; • Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; • Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; • Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; • Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	- Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; - Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica; - Compreender o nível de atribuição de cuidados à PSC nos cuidados intensivos (nível III) e intermédios (nível II).
--	--

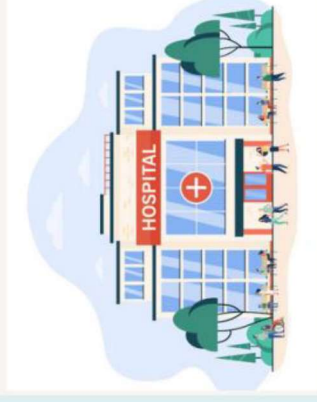
<u>Objetivo</u> - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.	
Competência	Critérios de avaliação
- Planeia resposta à situação de catástrofe; - Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.	- Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe; - Conhecer e analisar a estrutura da unidade de cuidados intensivos e quais o plano de ação existente em caso de catástrofe; - Analisar e propor medidas corretivas das inconformidades de atuação.

<u>Objetivo</u> - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado.	
Competência	Critérios de avaliação
• Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	• Estabelece as estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço; • Presta cuidados de enfermagem especializados seguros preservando um ambiente protetor e de acordo com as precauções básicas do controlo de infeção; • Identificar lacunas na estrutura e design das instalações e equipamentos para a higiene das mãos através de uma grelha de auditoria (de acordo com a norma nº 007/2019 da Direção-Geral da Saúde para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde) e as respetivas taxas de conformidade; • Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.

APÊNDICE III - Folheto “Como Viver com Insuficiência Cardíaca”

ESTRATÉGIAS QUE PODE ADOTAR

- ▶ Utilize cubos de gelo de forma a aliviar a sensação de sede;
- ▶ Aprenda a ler os rótulos. Alimentos que possuam na sua constituição mais de 1,5 gramas de sal, não são adequados a si;
- ▶ Coza as leguminosas em casa. Assim, tem controlo na quantidade de sal que coloca;
- ▶ Tenha uma lista da sua medicação na carteira ou telemóvel;
- ▶ Coloque um alarme no telemóvel de forma a evitar falhas de tomas de medicação.



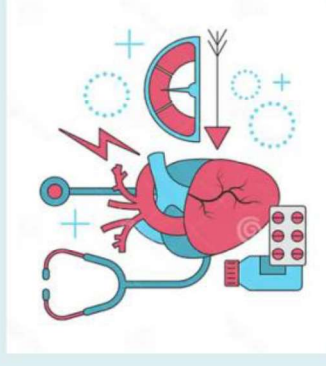
DEVE DIRIGIR-SE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA QUANDO SENTIR:

- Dor no peito persistente;
- Falta de ar extrema;
- Confusão ou sensação de desmaio.

A Insuficiência Cardíaca é uma doença crónica. Contudo é possível viver com qualidade de vida.

Para isso, adote hábitos de vida saudáveis e procure ajuda especializada.

COMO VIVER COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



REALIZADO POR:

Ana Teresa Martins
(Estudante do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área à pessoa em situação crítica da Escola Superior de Saúde Egas Moniz)



O QUE É A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

A Insuficiência Cardíaca ocorre quando o coração não é capaz de bombear o sangue de forma a atender as necessidades do corpo.

Por este motivo, o sangue acumula-se nos órgãos provocando retenção de líquidos. Assim, surge o cansaço, falta de ar e os edemas (inchaço) em várias partes do corpo.

A Insuficiência Cardíaca é uma doença crónica, progressiva e, atualmente, sem cura.

As suas causas podem ser devido a:

- Enfraquecimento do Miocárdio;
- Arritmias;
- Doença Valvular;
- Hipertensão Arterial;
- Infecções Virais;
- Doenças Renais;
- Consumo do tabaco, drogas e álcool.

PARA VIVER MELHOR DEVE:

Compreender a Insuficiência Cardíaca é fundamental para aderir ao tratamento e ser capaz de relacionar os sintomas. É desta forma que vai conseguir ganhar qualidade de vida.

ALIMENTAÇÃO

É fundamental que tenha um plano alimentar saudável e variado. Para isto deve:

- No mínimo, faça 5 a 6 refeições por dia (a sensação de enfiamento traduz-se num grande esforço para o coração);
- Limite a ingestão de líquidos a 1,5L por dia. Estão incluídos: água, sopa, leite, chá, legumes líquidos, sumos e a fruta rica em água (melancia, melão, laranja);
- Restrinja o consumo de sal até 5 gramas por dia (equivalente a uma colher de chá). De forma a dar sabor aos alimentos, pode utilizar ervas aromáticas, especiarias ou gotas de limão);
- Evitar o consumo de bebidas gasificadas pois a sua constituição contém sal;
- O consumo de bebidas alcoólicas deve ser limitado até 2 copos de vinho tinto nos homens, e 1 copo de vinho tinto nas mulheres (quando a causa da Insuficiência Cardíaca é alcoólica, deve cessar por completo o seu consumo).

ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é importante para se sentir bem:

- Realize exercício físico de baixa intensidade (por exemplo caminhadas);
- Evite as temperaturas extremas (calor e frio) e aguarde pelo menos 1 hora após as refeições;
- Se ficar cansado, pare e retome quando se sentir novamente pronto.

MEDICAÇÃO

A medicação é vital para o bom funcionamento do coração:

- Conheça o nome dos medicamentos, dose, horário e efeitos secundários;
- Não falhe tomas da medicação;
- No caso de se esquecer, não tome em duplicado na próxima toma;
- Não suspenda medicação sem indicação médica;
- Evite o uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINE's).

PESO

A monitorização do peso pode evitar descompensações:

- Pese-se na mesma balança, todos as manhãs, após a 1ª urina e antes de comer ou beber;
- Registe o peso numa tabela e compare com os valores anteriores.

VACINAÇÃO ANUAL E VIGILÂNCIAS

Deve ter uma atitude preventiva no desenvolvimento de gripes e outras doenças (nomeadamente do foro respiratório):

- Avalie, pelo menos 1 vez por semana, a tensão arterial e pulso;
- Deve realizar a vacina da gripe todos os anos (no centro de saúde).

**APÊNDICE IV - Grelha de auditoria da higienização das mãos com taxas de
conformidade**

Grelha de Auditoria

Com base na norma número 007/2019 da Direção-Geral da Saúde para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, foi realizada a seguinte grelha de auditoria que pretende compreender a taxa de conformidade relativamente ao cumprimento da higienização das mãos no serviço de urgência geral do Hospital Garcia de Orta.

Serão validados como “Não Conforme” todas as alíneas que não possuam corretos todos os critérios de avaliação.

1) Design:

	Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
a) Os lavatórios de áreas clínicas devem ser apropriados à Higiene das Mãos, com dimensões suficientes para conter os salpicos produzidos durante a aplicação da técnica de lavagem das mãos. Também, para esse efeito, deverá ser considerada uma distância vertical, entre a bica da torneira e o plano horizontal delimitado pelo bordo do lavatório, de cerca de 10-15 centímetros. A respetiva bacia deve ser curva, também para evitar salpicos e a deposição de resíduos;		X	
b) O lavatório deve ser selado à parede ou colocado afastado da parede o suficiente para permitir a limpeza de todas as superfícies;		X	

c) Não deve ter rolha ou tampa, de forma a evitar a utilização de água não corrente e por esta representar uma possível fonte de contaminação. Não devem possuir “furo ladrão”, por ser um orifício de difícil limpeza e por favorecer a contaminação;	X		
d) As paredes ao redor dos lavatórios, devem ter uma proteção contra salpicos, facilmente higienizável;	X		
e) Deve evitar-se a instalação de lavatórios embutidos em bancada, devendo estes ser preferencialmente de meia coluna, ou em consola, cumprindo as normas de acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida. Quando se opta por lavatório em coluna deve ser garantido espaço para a limpeza do pavimento em redor da respetiva base;		X	
f) Mesmo em instalações sanitárias para pessoas com mobilidade condicionada, os lavatórios não devem, também por razões de assepsia, ser equipados com apoios à mobilidade;	X		
g) Devem existir protocolos que assegurem que os lavatórios clínicos não sejam usados para outros fins que não a higienização das mãos, (por exemplo, o esvaziamento de efluentes líquidos).		X	

Observações:

- Na alínea “a)”, a AOC e a UIMC atuam em concordância com a norma emanada. Foi tida como “não conforme” pois, a área de ambulatório e reanimação possuem lavatórios retos, o que faz com que hajam salpicos no momento de lavagem das mãos;
- Na alínea “b)”, apenas a UIMC reúne conformidade;
- Na alínea “e)”, na AOC nem todos os lavatórios são em coluna.

Taxa de conformidade= 42,86%

2) Provisão e localização dos lavatórios:

	Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
a) No quarto individual com casa de banho, deve haver um lavatório nas instalações sanitárias e um lavatório no quarto do doente;			X
b) Nos quartos de isolamento deve haver um lavatório na antecâmara e outro no quarto;			X
c) Nas unidades de cuidados intensivos e unidades de doentes com elevada dependência (áreas de cuidados críticos em quartos individuais e nas próprias unidades) deve existir um dispensador de Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) aos pés de cada cama e um lavatório para a Higiene das Mãos;			X

d) Nas áreas de cuidados a doentes agudos e crónicos deve haver um lavatório por cada quatro doentes;	X		
e) Nas áreas de cuidados a doentes com baixa dependência deve haver um lavatório por cada seis camas;	X		
f) Nas áreas de cuidados primários e doentes em ambulatório o lavatório deve estar perto do local onde os procedimentos clínicos são efetuados:	X		
g) Os lavatórios devem estar acessíveis e não localizados atrás de varões de cortinas ou portas;	X		
h) Todas as boxes de instalações sanitárias devem ter um lavatório.	X		

Taxa de conformidade= 100%

3) Torneiras:

	Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
--	----------	-----------------	------------------

a) Em lavatórios de uso clínico e em locais para higiene das mãos de doentes, visitantes e acompanhantes, as torneiras devem ser de comando não manual (acionadas pelo cotovelo, punho, pé ou por sensor). Por razões de assepsia as torneiras não devem estar alinhadas com o ralo de drenagem do lavatório.		X	
---	--	---	--

Taxa de conformidade= 0%

4) Dispensadores de sabão:

	Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
a) Devem estar disponíveis junto de cada lavatório;	X		
b) O sabão pode ser disponibilizado em várias texturas (ex.: líquido, espuma). Pode ainda ser contentorizado em reservatórios/embalagens de uso único ou recarregáveis. Estes últimos devem ser facilmente desmontáveis e descontaminados;	X		
c) Devem ainda ter um mecanismo de dispensa que não avarie com facilidade pelo que se aconselha que sejam testados, previamente.	X		

Taxa de conformidade= 100%

5) Dispensadores de SABA:

	Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
a) Devem estar disponíveis, na parede do quarto e, preferencialmente, junto de cada doente (por exemplo, suporte para cama), nas salas de tratamento e em todos os locais de prestação de cuidados;	X		
b) Não devem ser colocados junto dos lavatórios por impedir a utilização adequada;		X	
c) Na escolha do local para a colocação dos dispensadores de SABA fixos importa conhecer os trajetos dos profissionais de saúde e onde estão os locais de prestação de cuidados uma vez que a estratégia da Organização Mundial de Saúde preconiza a existência de SABA no local de prestação de cuidados;	X		

d) Manter continuidade no fornecimento de SABA da mesma marca e/ou empresa, evitando constantes mudanças dos sistemas de fixação dos dispensadores às paredes/superfícies, o que gera problemas acrescidos para o Serviço de Instalações e Equipamentos, para o grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, para os Coordenadores dos Serviços, entre outros intervenientes;		X	
e) Também nos cuidados de saúde primários é importante definir um local fixo para colocar os dispositivos, tendo em conta, os vários locais de prestação de cuidados;			X
f) Podem utilizar-se embalagens de SABA de bolso (cerca de 100 mililitros, habitualmente), devendo ser disponibilizados aos profissionais. Estas embalagens são uma excelente escolha, mas por serem mais dispendiosas são muitas vezes limitados aos serviços/unidades funcionais nos quais estão contraindicados dispensadores de parede ou de cama (por exemplo, pediatria, psiquiatria, cuidados domiciliários e unidades de internamento de cuidados continuados quando representam risco para os utentes, entre outros;		X	

Taxa de conformidade= 40%

6) Formação e supervisão de assistentes operacionais:

	Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
a) Para além de outros profissionais de saúde, envolver os assistentes operacionais na limpeza de dispensadores de SABA e sabão reutilizáveis, devendo ser assegurada a sua formação e supervisão		X	

Taxa de conformidade: 0%

7) Toalhetes de papel para secagem das mãos:

	Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
a) Junto de cada lavatório deve estar disponível um dispensador de toalhetes de papel descartáveis. Os toalhetes devem ter uma boa qualidade de absorção. O espaço deve permitir a colocação de um contentor de resíduos com abertura acionada por pedal, junto ao lavatório para depósito dos toalhetes usados;	X		

b) A utilização do distribuidor não deve interferir com a manobra e utilização de outros equipamentos que fazem parte das instalações sanitárias. Em particular, o distribuidor deve ficar fora do alcance das águas de duche;	X		
c) Os distribuidores devem permitir a inspeção do nível de toalhetes no seu interior;		X	
d) Deve ser monitorizado o acondicionamento e transporte dos maços de papel para secagem das mãos pelos repositores (que podem ser externos às unidades de saúde) e devem ser acondicionados em locais limpos, secos e fechados sempre que existe outra forma de recorrer a acondicionamento apropriado. O transporte até ao dispensador deve ser feito evitando o mais possível o risco de contaminação (nunca nos carros de limpeza junto a outro material potencialmente contaminado). Devem ainda ser repostos com as mãos higienizadas. Deve existir também um programa de limpeza regular dos dispensadores de papel, devendo ser assegurado a sua formação e supervisão.		X	

Taxa de Conformidade: 50%

8) Secadores elétricos para a secagem das mãos:

	Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
a) Estes equipamentos não devem ser usados em áreas de prestação de cuidados de saúde, áreas de preparação de alimentos e zonas sujas. Com regras de segurança podem ser utilizados em áreas administrativas, salas de pausa ou instalações sanitárias dos profissionais e os aparelhos instalados nestas áreas devem ser acionados por célula fotoelétrica.	X		

Taxa de Conformidade: 100%

9) Cubas de descontaminação de material e “pias” de despejos:

	Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
a) Devem ser separados os lavatórios das cubas de descontaminação de material e pias de despejo nos locais onde são necessários;		X	
b) As cubas de descontaminação de material devem ter um tamanho apropriado, serem profundas e		X	

duplas (uma cuba para lavagem e outra para enxaguamento);			
c) Deve existir uma “pia” de despejo nas áreas onde são eliminadas as águas contaminadas, sangue ou outros fluidos orgânicos e desencorajar o uso dos lavatórios para outros fins;	X		
d) Deve ser colocada à volta das cubas de lavagem e pias de despejos, uma superfície separadora para proteção contra salpicos, em que seja possível a sua descontaminação (por exemplo, alumínio inoxidável/outro). Este aspeto é particularmente importante nas zonas sujas de pequenas dimensões, para permitir uma melhor definição das áreas limpas e das áreas sujas		X	

Taxa de Conformidade: 25%

Análise

A realização de auditorias revela-se fundamental para a análise dos aspetos que estão em conformidade com a norma emanada pela DGS, bem como os pontos que devem ser melhorados para obter níveis máximos de prevenção de infeções cruzadas.

Analisando a auditoria realizada no SUG, é notório que existe discrepância entre as várias áreas do mesmo. Como estratégia, seria importante que o elemento dinamizador do controlo de infeção, realizasse uma auditoria mensalmente e que, posteriormente, os resultados da auditoria fossem disponibilizados para a restante equipa (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais). Adicionando a esta medida, é vital que exista um plano de formação atualizado onde, anualmente, se

realize formação aos profissionais (seja para os elementos recentemente recrutados mas também para os elementos já integrados na equipa), de forma a uniformizar boas práticas e divulgar os vários resultados decorrentes das auditorias realizadas.

Apêndice V - Jornal de Aprendizagem relativo ao Serviço de Urgência Geral

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do primeiro estágio do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do ano letivo 2022/2023, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Mestre Diana Vareta, foi-me proposta a realização de um jornal de aprendizagem que tem como objetivo refletir sobre uma situação real vivenciada na prática clínica e no impacto da mesma.

A situação que irei descrever teve lugar no Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta. O presente trabalho é parte integrante da avaliação da unidade curricular.

O ensino clínico assume-se fundamental como método de aprendizagem que, através das situações experienciadas tornam-se uma ferramenta de aprendizagem e de reflexão para o aluno.

A prevenção da paragem cardiorrespiratória ou a atuação perante uma situação de emergência deve ser colmatada através do Suporte Avançado de Vida. Por isso, é fundamental que haja um grupo de profissionais capazes de dar resposta a este evento através da aplicação de conhecimentos sobre a melhor abordagem sistematizada à vítima de PCR (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM], 2020).

A abordagem ABCDE pretende estruturar as prioridades de atuação a fim de tratar de forma crescente de gravidade. A equipa que aborda a vítima deve usar uma linguagem clara e uniforme para minimizar o erro humano (DFEM & INEM, 2020).

A reanimação é um evento perturbador para a família da vítima e que pode impedir o luto se abordagem à vítima não for adequada (DFEM & INEM, 2020).

Desta forma, como objetivos específicos estabeleci:

- ❖ Refletir sobre uma situação real ocorrida durante o ensino clínico;
- ❖ Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa em paragem cardiorrespiratória;
- ❖ Desenvolver competências no cuidar da pessoa a experienciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ❖ Disponibilizar apoio emocional à família da vítima de PCR.

A estrutura do presente jornal tem como base o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013). Inicialmente irei realizar uma descrição da situação, em seguida irei abordar os sentimentos que daí emergiram e consequentemente a sua avaliação, posteriormente irei analisar a situação (de forma a aumentar o meu nível de conhecimentos sobre a área) e por fim concluir e planear a ação no futuro.

Este documento encontra-se redigido graficamente segundo as normas de formatação das teses de mestrado e de doutoramento da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, e as referências bibliográficas pelo estilo da American Psychological Association (APA) sétima edição.

DESENVOLVIMENTO

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

No dia 22 de maio, por volta das 11h30, estava a ser-me apresentado a sala de triagem quando uma bombeira nos informou que um indivíduo que estavam a transportar para uma consulta deixou de responder e que estava, no momento, a ser aplicado suporte básico de vida. Rapidamente fomos à sala de reanimação para pedirmos ajuda e trazer a maca para ir buscar o doente. Ao transferi-lo para a maca, recomecei as compressões torácicas e, quando chegámos à sala de reanimação, o médico da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) já estava à espera do doente, pois foi ativado pela equipa das consultas externas que tiveram conhecimento sobre o sucedido.

Foram ligadas as pás externas do cardiodesfibrilhador tendo sido observado assistolia. De imediato foram recomeçadas as manobras de ressuscitação cardíaca e colocada via aérea avançada com capnografia. Durante as manobras, a equipa médica procurou antecedentes pessoais, a fim de identificar o grau de investimento nas manobras. Todavia, foi constatado que tinha como diagnóstico recente Doença de Alzheimer. No total foram realizados 7 ciclos de suporte avançado de vida (todos os ritmos observados foram assistolia), pelo que foi decidido por toda a equipa presente a interrupção das manobras, devido às comorbilidades que esta apresentava. Posteriormente foi declarado o óbito.

Após a decisão de suspender as manobras de ressuscitação, foi transmitido à esposa e filha da pessoa, que estavam no átrio do serviço, sobre o sucedido.

SENTIMENTOS

No momento em que nos foi comunicado a existência de uma pessoa em paragem cardiorespiratória, senti uma grande vontade em ir ajudar nas manobras de ressuscitação. Contudo, assim que observei a coloração do indivíduo, percebi que, provavelmente, apesar de todos os esforços não iríamos ser bem sucedidos devido ao tempo de evolução da condição. Posteriormente à realização das manobras de ressuscitação, sentia compaixão pelo doente, e pensava que este senhor só estava no hospital porque tinha ido a uma consulta. Pensava também nos familiares, pois a notícia do falecimento iria ser chocante e inesperada, porém não tive oportunidade de estar presente, uma vez que foi apenas o médico a dar a notícia.

Perante esta situação, tinha expectativas de uma atuação em equipa e bem coordenada, sendo que essas expectativas foram correspondidas, exceto na comunicação da má notícia à família que, na

minha opinião, deveria ter um enfermeiro presente por ser um elemento que engloba o plano de cuidados da pessoa. Senti-me, também, orgulhosa de mim mesma por, de forma imediata, ter-me integrado no cuidado ao doente e por ter sido um elemento ativo nas manobras de ressuscitação cardiorrespiratória.

AVALIAÇÃO

Avaliando a situação que descrevi anteriormente bem como a minha atuação perante a mesma, destaco alguns aspetos negativos e positivos.

Destaco como negativo, o momento da comunicação do falecimento à esposa e filha. A comunicação da má notícia foi apenas realizada pelo médico, contudo considero que o enfermeiro deveria estar presente neste tipo de situações pois é um elemento ativo na abordagem à pessoa e por ser alguém capaz e tecnicamente apto para a comunicação de más notícias.

Como positivo, saliento a capacidade que tive em me integrar na equipa e na minha rápida resposta à situação. Foi benéfico o facto de ter conhecimentos sobre o algoritmo da paragem cardiorrespiratória do suporte avançado de vida tendo sido fundamental para a minha atuação perante a situação. Realço, também, a rapidez na ativação da EEMI que se tornou crucial pois permitiu diminuir tempo de espera de ajuda diferenciada e, consequentemente, aumentar a probabilidade de recuperação do estado clínico do doente.

ANÁLISE

Perante aquilo que foi suprarreferido, procurei realizar uma pesquisa sustentada acerca do Suporte Avançado de Vida (SAV).

Entende-se como paragem cardiorrespiratória (PCR) como a interrupção da respiração e da atividade ventricular eficaz. Define-se como ressuscitação cardiorrespiratória (RCR) todos os procedimentos a realizar numa situação de PCR, nomeadamente SAV (Vieira & Brauner, 2004).

Estima-se que entre 350 000 e 700 000 indivíduos por ano sofrem uma PCR que é considerada uma das principais causas de morte na Europa. Contudo, a PCR hospitalar não é um acontecimento súbito e inesperado, pois esta acontece progressivamente e com sinais de alerta, tais como os de insuficiência cardíaca, respiratória ou degradação neurológica que, se não forem detetados e tratados precocemente, rapidamente evoluem para PCR. Assim, é crucial detetar quais as pessoas com alto

risco de PCR de forma a garantir uma monitorização adequada e consequentemente evitar a PCR (DFEM & INEM, 2020).

A cadeia de sobrevivência aborda uma sequência de elos que são considerados essenciais para o sucesso da reanimação. Esta divide-se em:

- ❖ Garantir as condições de segurança;
- ❖ Detetar a situação de emergência e pedir ajuda rapidamente;
- ❖ Iniciar as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV), com o objetivo de ganhar tempo;
- ❖ Quando aplicável, desfibrilhar precocemente de forma a retomar a atividade cardíaca;
- ❖ Restabelecer a qualidade de vida realizando cuidados pós-reanimação.

Para a American Heart Association (AHA, 2020), os profissionais de saúde devem utilizar uma abordagem sistematizada de forma a avaliar e tratar os doentes com PCR, sendo elas:

- ❖ Avaliação inicial (observação e condições de segurança);
- ❖ Avaliação de SBV (realizada nas pessoas inconscientes);
- ❖ Avaliação primária (abordagem ABCDE, tratando de forma crescente de gravidade);
- ❖ Avaliação secundária (SAMPLE e causas reversíveis, de forma a obter um diagnóstico diferencial).

Tendo em conta que a situação supramencionada foi detetada no fim da avaliação de SBV, irei apenas abordar de forma mais aprofundada a avaliação primária e secundária.

A abordagem ABCDE é uma avaliação que pretende identificar lesões e tratá-las conforme a sua prioridade:

- ❖ A (Via Aérea): Observar a presença de corpos estranhos na cavidade oral, e garantir a via aérea permeável, podendo ser necessário a elevação do queixo, uma via aérea orofaríngea ou uma via aérea nasofaríngea. Deve ser ponderado o benefício da introdução de uma via aérea avançada, devendo ser assegurada a ventilação bolsa-válvula-máscara manual até à sua decisão;

- ❖ B (Respiração): Administrar oxigénio complementar a 100% em situações de PCR, e monitorizar a adequação da ventilação e da oxigenação através da elevação do tórax (evitando a ventilação excessiva) e do uso de capnografia em forma de onda. Devem ser realizadas duas ventilações a cada 30 compressões e, posteriormente à introdução de via aérea avançada, deve-se realizar 1 insuflação a cada 6 segundos;
- ❖ C (Circulação): Avaliar a eficácia das compressões (após a garantia de uma via aérea avançada devem ser realizadas compressões torácicas contínuas), monitorizar o ritmo cardíaco e executar uma cardioversão ou desfibrilhação (se aplicável), obter um acesso venoso ou intraósseo, administrar fármacos consoante o ritmo cardíaco e a tensão arterial, visualizar a presença de hemorragia externa (procedendo-se à compressão manual direta);
- ❖ D (Disfunção): Avaliar o nível de consciência, o tamanho e simetria das pupilas e avaliar a glicémia capilar;
- ❖ E (Exposição): Verificar a temperatura e prevenir a hipotermia, e remover a roupa da pessoa de forma a realizar um exame físico pormenorizado (AHA, 2020; DFEM & INEM, 2020).

De acordo com a American Heart Association (2020), a avaliação secundária pretende realizar um diagnóstico diferencial através da recolha de informação pertinente do doente, tais como sinais e sintomas, alergias, medicamentos que o indivíduo esteja a tomar, historial clínico, a última refeição consumida e eventos que tenham potenciado a PCR. As causas reversíveis, conhecidas como H's e T's, devem ser considerados pois, geralmente, são a razão pelo qual a PCR foi despoletada. A seguinte tabela serve para demonstrar de uma forma mais clara, os H's e T's:

H's	T's
Hipovolémia	PneumoTórax Hipertensivo
Hipóxia	Tamponamento Cardíaco
Hidrogénio (acidose)	Toxinas
Hipo/Hipercalcemia	Trombose Pulmonar
Hipotermia	Trombose Coronária

Tabela 2 - Adaptada da American Heart Association (2020)

Devido à vasta variabilidade na incidência e no local onde ocorrem as situações de emergência, foram criadas equipas que atuam na rápida identificação e tratamento dos fatores responsáveis pela PCR, atuando assim na prevenção (AHA, 2020). A existência da equipa médica de emergência é considerada uma mais valia pois é integrada por profissionais dotados de um maior leque de conhecimentos no reconhecimento dos sinais de deterioração do doente, melhorando o seu prognóstico (DFEM & INEM, 2020).

A situação mencionada apenas teve como ritmo de PCR a assistolia, razão pela qual apenas irei abordar esta etapa do algoritmo da PCR.

A assistolia é um ritmo de PCR que não apresenta atividade elétrica no eletrocardiograma (ECG). A assistolia persistente traduz danos miocárdicos extensos devido a longos períodos de perfusão coronária inadequada, representando um mau prognóstico na ausência do tratamento da causa subjacente. Todavia, a presença de assistolia no ECG pode significar falha técnica, nomeadamente cabos mal colocados, derivação incorreta ou amplitude do ritmo diminuído. Se, apesar da confirmação destes três fatores, ainda se verificar assistolia, deve-se retomar compressões torácicas e proceder à reversão do ritmo administrando 1 miligrama (mg) de adrenalina. A próxima verificação de ritmo ocorre após dois minutos da realização de compressões torácicas (juntamente com a realização de ventilações), sendo que cada período de dois minutos corresponde a um ciclo. A administração de adrenalina acontece “ciclo sim ciclo não”. Durante a realização das manobras, é recomendado a utilização de capnografia em forma de onda para monitorizar a qualidade das manobras de ressuscitação. Esta apresenta-se como PETCO₂ em milímetros de mercúrio (mmHg) e corresponde ao uso da pressão expiratória final de dióxido de carbono. Quando os valores de PETCO₂ são inferiores a

10 mmHg durante a realização de manobras de ressuscitação, é necessário melhorar a qualidade das compressões torácicas. Contudo, se o valor aumentar abruptamente para 35-40 mmHg ou mais, é um indicador de circulação espontânea, e pode considerar-se o tratamento pós-PCR. Se não for possível identificar a causa da PCR ou o doente não responder ao tratamento direcionado, deve considerar-se a interrupção das medidas de ressuscitação (AHA, 2020).

De forma a alcançar ressuscitações bem-sucedidas, é crucial ter equipas de alto desempenho que executam as suas funções eficazmente e que aumentam a probabilidade de converter o estado clínico da pessoa.

Para uma equipa funcionar eficazmente, esta deve ter precisão no tempo de administração de tratamento e evitar atrasos, qualidade nas compressões torácicas e ventilações, coordenação entre todos os elementos da equipa e atitude de liderança e de melhoria contínua da qualidade. Toda a equipa de ressuscitação deve ter um líder de equipa responsável por todas as decisões de tratamento e que fornece feedback aos restantes membros sobre a eficácia de cada tarefa que lhes foi atribuída.

Analisando a situação, o líder de equipa foi o médico que pertencia à EEMI sendo ele um dos elementos mais diferenciados para abortar a situação. Contudo, por este estar a trabalhar com elementos cuja experiência ele conhecia, não referiu as tarefas dos restantes elementos nem as características da compressões e ventilações. Apesar de não ter sido realizado, considero que este é um ponto fundamental ao sucesso das manobras de reanimação, mesmo que não tenho alterado o desfecho da situação.

De forma a reunir a informação descrita, segue-se uma tabela representativa do que deve ser realizado e do que, na prática, foi feito:

Expectativa	Realidade
Definir o líder de equipa e delegadas restantes tarefas para os outros elementos da equipa.	O líder de equipa foi definido de acordo com as suas capacidades. Não delegou tarefas, pois os restantes elementos assumiram por sua iniciativa os postos de atuação.

O líder de equipa deve indicar as características das compressões e ventilações.	O líder de equipa não indicou as características e qualidade das compressões e ventilações.
Durante as manobras de ressuscitação, quando há capnografia de onda disponível, o líder de equipa deve dar o feedback aos restantes elementos.	O líder de equipa foi analisando os valores de PETCO ₂ e dando feedback da qualidade das compressões.
Administrar 1mg de adrenalina em ciclos alternados.	A adrenalina foi administrada na dose correta e na fase adequada do ciclo.
Não estão recomendadas desfibrilhações em ritmos não compatíveis com pulso, tais como assistolia e atividade elétrica sem pulso.	Não foram administradas desfibrilhações durante toda a ressuscitação cardiopulmonar.
A equipa deve comunicar e estar de acordo aquando a suspensão das manobras de ressuscitação.	O líder de equipa perguntou à restante equipa se alguém se opunha à interrupção das manobras de ressuscitação.
No fim das manobras, o líder de equipa deve reunir a equipa de forma a analisarem os pontos positivos e negativos da sua atuação como equipa.	Não foi realizada reunião com vista a dar feedback de atuação.

CONCLUSÃO

Concluo que é fundamental que todos os enfermeiros detenham conhecimentos sobre o SAV e os seus algoritmos de forma a serem capazes de intervir numa situação de PCR. A atuação em equipa neste tipo de situações mostra-se essencial no sentido em que existe uma harmonia em todas as fases dos algoritmos e evita a perda de tempo que neste tipo de situações é crucial para o sucesso das manobras de ressuscitação.

Perante a situação descrita, e tendo eu realizado com sucesso o curso de SAV em 2022, considero que este deu-me ferramentas e conhecimentos que me possibilitaram ter um bom desempenho nesta

situação e que, conforme os meus objetivos de estágio, me permitiu demonstrar a aquisição da competência referente ao tema.

Destaco a importância do apoio à família nestas situações que, na minha opinião, deve contar com a presença do enfermeiro por estes terem mais conhecimentos na técnica de comunicação de más notícias, promovendo assim um processo de luto saudável.

PLANEAMENTO DA AÇÃO

Considero que a minha atitude foi adequada perante a situação descrita, pois consegui encontrar um espaço de atuação e dar o meu contributo numa situação de emergência. A ciência não é uma área estanque e, para isso, pretendo manter-me atualizada consoante as *guidelines* atuais de forma a ter o melhor desempenho possível em situações de PCR.

O enfermeiro especialista deve ter uma visão dinâmica e promotor de bons hábitos. Assim, no futuro, pretendo ter um contributo mais incisivo no sentido da melhoria do desempenho dos profissionais. Considero fundamental que, após a situação de emergência, a equipa se reúna de forma a refletir sobre os aspetos positivo e negativos de forma a que se evitem erros em situações futuras, bem como demonstrar o bom desempenho dos profissionais presentes.

CONCLUSÃO

O ensino clínico é, sem dúvida, uma excelente ferramenta de aprendizagem e de reflexão perante situações reais. Como futura enfermeira especialista, considero que devemos refletir sobre a nossa atuação em determinadas situações com vista a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, considero que os objetivos delineados para este trabalho foram atingidos sendo que a metodologia proposta foi útil e essencial para a sua elaboração. Posso afirmar que este trabalho fomentou o meu pensamento crítico e momentos de reflexão.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Heart Association. (2020). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular*. Estados Unidos da América: American Heart Association.

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

Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica e Gabinete de Marketing e Comunicação. Consultado em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>

Vieira, S. & Brauner, J. (2004). Ressuscitação Cardiorrespiratória. *Revista Hospital de Clínicas Porto Alegre*, 24 (2/3), 70-83. Consultado em <http://hdl.handle.net/10183/164311>

**Apêndice VI - Jornal de Aprendizagem relativo à Unidade de Cuidados
Intensivos Polivalente**

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do primeiro estágio do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do ano letivo 2023/2024, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Mestre Diana Vareta, foi-me proposta a realização de um jornal de aprendizagem que tem como objetivo refletir sobre uma situação real vivenciada na prática clínica e no impacto da mesma.

A situação que irei descrever teve lugar no Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital CUF Tejo. O presente trabalho é parte integrante da avaliação da unidade curricular.

O ensino clínico assume-se fundamental como método de aprendizagem que, através das situações experienciadas tornam-se uma ferramenta de aprendizagem e de reflexão para o aluno.

A pessoa em situação crítica é caracterizada como *“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”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, página [p.] 8656).

Por sua vez, a morte cerebral é considerada quando há a cessação das funções do tronco cerebral e a sua irreversibilidade (Diário da República, 1994, p. 6160).

Desta forma, como objetivos específicos estabeleci:

- ❖ Refletir sobre uma situação real ocorrida durante o ensino clínico;
- ❖ Aprofundar conhecimentos sobre as provas de morte cerebral;
- ❖ Desenvolver competências no cuidar da pessoa a experienciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- ❖ Disponibilizar apoio emocional à família da pessoa internada na unidade de cuidados intensivos e que necessitam de cuidados complexos.

A estrutura do presente jornal tem como base o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013). Inicialmente irei realizar uma descrição da situação, em seguida irei abordar os sentimentos que daí emergiram e consequentemente a sua avaliação, posteriormente irei analisar a situação (de forma a aumentar o meu nível de conhecimentos sobre a área) e por fim concluir e planear a ação no futuro.

Este documento encontra-se redigido graficamente segundo as normas de formatação das teses de mestrado e de doutoramento da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, e as referências bibliográficas pelo estilo da American Psychological Association (APA) sétima edição.

DESENVOLVIMENTO

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

No dia 3 de outubro, após a passagem de turno da manhã, a minha orientadora comunicou-me que estava internada uma pessoa de 46 anos com o diagnóstico de leucemia promielocítica aguda e, aparentemente, em morte cerebral.

Apesar de não serem conhecidos antecedentes pessoais, nos últimos dias tinha apresentado queixas de cefaleias, astenia, cansaço e hematomas dispersos pelo corpo. No dia anterior ao internamento tinha colhido análises (que confirmaram o diagnóstico de leucemia) e feito uma TAC crânio-encefálico que revelou uma hemorragia intracerebral. Durante a realização do exame, ficou em paragem cardiorrespiratória, tendo sido efetuado suporte avançado de vida.

Apesar da recuperação de ritmo cardíaco, o estado clínico seria irreversível, motivo pelo qual foi decidido realizar provas de morte cerebral. Uma vez que se tratava de uma mulher em idade jovem, a equipa tomou a decisão de protelar as mesmas para o dia seguinte.

SENTIMENTOS

A história clínica desta pessoa tocou-me particularmente porque fez-me refletir sobre a efemeridade da vida e na conjuntura de eventos que causaram dor para a pessoa e para a sua família. A súbita presença de sintomas e a rápida deterioração do seu estado de saúde (desde o diagnóstico até à constatação da irreversibilidade do seu estado clínico) fez-me pensar que a vida deve ser vivida de forma intensa, não desperdiçando as oportunidades que nos surgem.

A equipa de profissionais de saúde disponibilizou apoio emocional e permitiram a presença da família sem restrições, o que me deixou orgulhosa de ter escolhido uma profissão que cuida, não só da pessoa, mas também da sua família, vendo esta como parceiro nos cuidados, e privilegiando cuidados de fim de vida.

Escolhi este episódio pelo facto de ser uma pessoa jovem, ativa (corria duas vezes por semana), aparentemente saudável e com uma estrutura familiar estável (atualmente sem

atividade profissional com o intuito de se dedicar totalmente aos filhos e às suas atividades). Inevitavelmente, todos estes aspetos fazem-me refletir sobre o quão rapidamente um quadro clínico se pode instalar, colocando a nossa própria vida em perspetiva.

AVALIAÇÃO

Avaliando a situação que descrevi anteriormente, destaco alguns aspetos negativos e positivos.

Destaco como negativo a falta de oportunidade de presenciar a realização das provas de morte cerebral devido ao seu adiamento. Penso que a observação das mesmas teria sido uma oportunidade de poder ver algo tão específico de uma unidade de cuidados intensivos. Saliento, ainda, a indisponibilidade de apoio psicológico por parte de um profissional da área. Neste tipo de situações, em que há um diagnóstico terminal e uma rápida evolução do quadro clínico, considero que a família beneficia de apoio por parte da psicologia pois é uma experiência que pode resultar em traumas que, neste caso, envolve crianças em idades compreendidas entre os 5 e 12 anos.

Como positivo, saliento a disponibilidade e apoio emocional providenciado à família da pessoa por parte da equipa de enfermagem. Foi notória a preocupação em cuidar da pessoa preservando a sua imagem de forma a minimizar a situação de trauma para a sua família. A preocupação e conforto providenciado à família foi visível, evidenciando o papel do enfermeiro em situações de fim de vida e a importância deste no suporte emocional que a família necessita.

ANÁLISE

Em 1994, a Ordem dos Médicos elaborou uma declaração (posteriormente aprovada em Diário da República) sobre a morte cerebral.

De forma a se poder diagnosticar morte cerebral, é necessário que se averiguem vários aspetos:

- ❖ Irreversibilidade da condição clínica e conhecimento da causa da mesma;
- ❖ Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação na área dos pares cranianos;
- ❖ Ausência de respiração espontânea;
- ❖ Verificação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e/ou de agentes bloqueadores neuromusculares que possam ser responsabilizados pela cessação das funções supramencionadas.

A confirmação de morte cerebral carece da confirmação da ausência de respiração espontânea e dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

- ❖ Reflexos fotomotores (reflexo que controla o diâmetro das pupilas em resposta à intensidade da luz);
- ❖ Reflexos oculocefálicos (reflexo que produz movimento ocular conjugado na direção oposta ao movimento da cabeça);
- ❖ Reflexos oculovestibulares (instilação de soro gelado no canal auditivo, nistagmo na direção contralateral ao ouvido testado);
- ❖ Reflexos corneopalpebrais (reflexo direto sobre a córnea);
- ❖ Reflexo faríngeo.

Para que as provas de morte cerebral sejam válidas é imperativo que a verificação de morte cerebral cumpra os seguintes requisitos:

- ❖ No mínimo devem ser realizados dois conjuntos de provas com um intervalo adequado à situação clínica e idade da pessoa;
- ❖ Realização de exames complementares de diagnóstico (doppler transcraniano, angiografia cerebral e eletroencefalograma), conforme necessário;
- ❖ As provas de morte cerebral devem ser realizadas por dois médicos especialistas em neurologia, neurocirurgia ou de medicina intensiva;
- ❖ Nenhum dos médicos responsável pela realização das provas poderá pertencer a equipas de transplantação;

- ❖ Pelo menos um dos médicos que executa as provas deverá pertencer ao serviço onde a pessoa está internada.

CONCLUSÃO

Concluo que é fundamental que todos os enfermeiros especialistas sejam capazes de prestar cuidados à família da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. A aquisição de conhecimentos e técnicas que possam ser uma ferramenta de apoio a situações terminais são benéficas no suporte emocional e na obtenção de estratégias de aceitação da situação ocorrida.

Este tipo de situações acarreta um grande peso emocional para a família pois é algo difícil de entender e superar. Assim, a presença de uma equipa multidisciplinar é fundamental no acolhimento da família, na clarificação da razão pelo qual a pessoa está em morte cerebral e no suporte emocional que a família necessita de forma a ser capaz de aceitar a morte efetiva da pessoa.

PLANEAMENTO DA AÇÃO

Considero que a minha atitude foi adequada perante a situação descrita. Apesar de eu não ser a enfermeira responsável pela pessoa em questão, considero que mostrei disponibilidade em pertencer ao processo terapêutico da pessoa e da sua família. Durante a presença da família demonstrei uma atitude empática e disponibilidade para qualquer apoio que necessitassem.

O enfermeiro especialista deve ser capaz de assistir a pessoa e a sua família em situação crítica e/ou falência orgânica de forma a fornecer apoio emocional e disponibilidade, garantindo processos de luto saudáveis.

A presença de um psicólogo em unidades de cuidados intensivos seria benéfica pois é um ambiente onde existe sofrimento para a pessoa e para a sua família. Neste sentido, a equipa multidisciplinar demonstra ser crucial e, nestas situações, creio que a família teria uma preparação para o processo de luto que traria uma aceitação da morte precoce, diminuindo assim momentos de sofrimento e angústia.



CONCLUSÃO

O ensino clínico é, sem dúvida, uma excelente ferramenta de aprendizagem e de reflexão perante situações reais. Como futura enfermeira especialista, considero que devemos refletir sobre a nossa atuação em determinadas situações com vista a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, considero que os objetivos delineados para este trabalho foram atingidos sendo que a metodologia proposta foi útil e essencial para a sua elaboração. Posso afirmar que este trabalho fomentou o meu pensamento crítico e momentos de reflexão perante uma situação que, para mim, foi certamente um momento de aprendizagem de forma a desenvolver competências em situações de fim de vida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei n° 124/2011 de 18 de fevereiro do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República: Série 2, n° 35. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 9 de outubro de 2023. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Decreto-Lei n° 235/1994 de 22 de abril da Declaração da Ordem dos Médicos: Série I-B, n° 235. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 9 de outubro de 2023. Consultado em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/declaracao/1994>

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

Apêndice VII - Jornal de Aprendizagem relativo à Unidade de Cuidados
Coronários

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do primeiro estágio do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do ano letivo 2023/2024, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Mestre Diana Vareta, foi-me proposta a realização de um jornal de aprendizagem que tem como objetivo refletir sobre uma situação real vivenciada na prática clínica e no impacto da mesma.

A situação que irei descrever teve lugar no Serviço de Unidade de Cuidados Coronários (UNICOR) do Hospital de Santa Cruz. O presente trabalho é parte integrante da avaliação da unidade curricular.

O ensino clínico assume-se fundamental como método de aprendizagem que, através das situações experienciadas tornam-se uma ferramenta de aprendizagem e de reflexão para o aluno.

A traqueostomia é um procedimento realizado em pessoas com condição clínica complexa e com necessidade de suporte ventilatório prolongado, promovendo segurança e conforto para a pessoa (Barbosa & Gardenghi, 2016).

Desta forma, como objetivos específicos estabeleci:

- ❖ Refletir sobre uma situação real ocorrida durante o ensino clínico;
- ❖ Aprofundar conhecimentos sobre a traqueostomia;
- ❖ Desenvolver competências no cuidar da pessoa a experienciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ❖ Disponibilizar apoio emocional à família da pessoa internada na unidade de cuidados intensivos e que necessitam de cuidados complexos.



A estrutura do presente jornal tem como base o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013). Inicialmente irei realizar uma descrição da situação, em seguida irei abordar os sentimentos que daí emergiram e consequentemente a sua avaliação, posteriormente irei analisar a situação (de forma a aumentar o meu nível de conhecimentos sobre a área) e por fim concluir e planear a ação no futuro.

Este documento encontra-se redigido graficamente segundo as normas de formatação das teses de mestrado e de doutoramento da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, e as referências bibliográficas pelo estilo da American Psychological Association (APA) sétima edição.

DESENVOLVIMENTO

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

No dia 20 de novembro, foi-me dada a escolha de ficar responsável com a pessoa que eu quisesse. Assim, optei por ficar com a pessoa com a condição clínica mais complexa e com dispositivos com os quais nunca me tinha deparado. A pessoa em questão, no dia 21 de outubro, tinha tido uma paragem cardiorrespiratória presenciada por uma enfermeira, que iniciou Suporte Básico de Vida. Posteriormente, à chegada dos bombeiros foi aplicado o desfibrilhador automático externo, com evolução para Suporte Avançado de Vida (após a chegada da Viatura Médica de Emergência e Reanimação). As medidas instituídas tiveram sucesso, com recuperação da circulação espontânea após 10 minutos desde o início das manobras de ressuscitação cardiorrespiratória.

No dia 18 de novembro, a pessoa foi submetida a uma traqueostomia com a indicação para desmame ventilatório. Devido ao prognóstico não ser favorável, foi decidido a não reconexão ventilatória (caso necessário). A esposa, apesar de ter conhecimento de toda a situação, a cada visita tem um discurso de não compreensão da situação ocorrida, perguntando sempre se há melhoria do seu estado clínico.

No dia já referido, na passagem de turno, foi discutida a necessidade de desinsuflar o *cuff* da traqueostomia. Algumas pessoas partilhavam a opinião de não desinsuflar devido à alteração do estado de consciência da pessoa, impossibilitando-a de proteger a via aérea. Por outro lado, outras partilhavam a opinião de desinsuflar pelo risco de traumatismo associado à constante pressão do *cuff* na traqueia.

Por não ter experiência na área, decidi não interferir na discussão. Contudo, a sós com a minha enfermeira orientadora ela explicou-me o seu ponto de vista e o porquê de ela considerar que se devia desinsuflar o *cuff*. Apesar da minha falta de conhecimentos na área, após o término do turno, fui pesquisar sobre o assunto de forma a criar uma opinião baseada na evidência. No próprio dia, dei o feedback à enfermeira orientadora sobre a minha opinião no assunto.

SENTIMENTOS

Ao saber da história desta pessoa, fiquei particularmente sensibilizada pois o evento acontecido foi súbito e inesperado, provocando bastante tristeza à sua esposa. O facto desta, ao visitar todos os dias o marido, colocar sempre as mesmas perguntas e ter um discurso de negação perante a situação, provocou em mim um sentimento de compaixão pela esposa.

No momento da partilha de opiniões relativamente à insuflação ou desinsuflação do *cuff*, senti-me um pouco à parte por não ter conhecimentos suficientes de forma a ajudar na tomada de decisão. Contudo, a minha curiosidade e vontade em participar nas discussões em equipa deixou-me motivada e orgulhosa de mim pois, apesar de estar há pouco tempo neste campo de estágio, consegui ter uma atitude proativa e de tentativa de inclusão na equipa de enfermagem.

AVALIAÇÃO

Avaliando a situação que descrevi anteriormente, destaco alguns aspetos negativos e positivos.

Destaco como negativo a falta de conhecimentos no momento da discussão do tema. O facto de nunca ter tido contacto com esta tipologia de pessoa, condicionou a minha participação no momento de discussão entre os elementos da equipa de enfermagem. Saliento ainda, a falta de apoio psicológico à esposa da pessoa que, claramente não aceita a situação, prejudicando e atrasando um processo de luto saudável.

Como positivo, saliento a minha proatividade e não conformismo com a falta de conhecimentos que tinha. Apesar de não dominar todos os assuntos e patologias existentes na UNICOR, a procura de conhecimento e a vontade em integrar-me na equipa é uma mais valia, e essencial na evolução enquanto aluna e profissional.

ANÁLISE

O uso prolongado da ventilação mecânica invasiva (VMI) através da entubação orotraqueal pode gerar algumas complicações para a pessoa, nomeadamente lesões da mucosa de vias aéreas, lesões nas pregas vocais, dilatação traqueal ou estenoses, infeções do trato respiratório, entre outras. Para minimizar estas complicações associadas à VMI, a traqueostomia deve ser realizada quando há necessidade de desobstrução das vias aéreas superiores, para prevenir lesões laríngeas ou nas vias aéreas superiores causadas por entubação traqueal prolongada (superior a 21 dias), para fornecer proteção às vias aéreas inferiores em caso de aspiração, para fornecer uma via aérea estável em pessoas com necessidade de suporte ventilatório, e em situações de compromisso do trato respiratório superior devido a tumores, cirurgias, traumas ou infeções. Assim, a traqueostomia tornou-se um dos procedimentos mais efetuados a pessoas em situação crítica (Medeiros et al., 2019); (Santa-Cruz et al., 2020).

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico no qual se realiza uma incisão entre o 2º e 3ºanel traqueal instituindo uma via aérea com abertura artificial na parede anterior da traqueia (Barbosa & Gardenghi, 2016).

De acordo com Santa-Cruz et al. (2020), este procedimento pode ter várias finalidades, tais como:

- ❖ Preventiva – é realizada juntamente com outros procedimentos cirúrgicos ou endoscópicos que tenham risco de provocar obstrução das vias aéreas parcial ou totalmente;
- ❖ Curativa – é realizada com a finalidade de manter a via aérea permeável;
- ❖ Paliativa – é indicada para diminuir o desconforto respiratório em pessoas em estado terminal.

É fundamental que a pressão do *cuff* seja monitorizada, de forma a manter valores entre 20 e 30 milímetros de mercúrio (mmHg). Esta medida previne as microaspirações das secreções subglóticas para o trato respiratório inferior e de alimentação entérica (inferior a 20 mmHg),

e evita a lesão traqueal e isquêmica por hipertensão (superior a 30 mmHg). Como boa prática de cuidados, a pressão do *cuff* deve ser avaliada quando há alterações no posicionamento da pessoa, sinais de fuga de ar, e antes e depois da realização da higiene oral e de aspiração de secreções (Franco et al., 2021).

As complicações associadas à traqueostomia podem ser iniciais ou tardias. As complicações iniciais podem ser hemorragia, deslocamento do tubo, pneumotórax, infecção da ferida cirúrgica e fístula traqueoesofágica. Relativamente às complicações tardias, estas podem ser estenose traqueal e estenose laríngea (Khanum et al., 2021).

Apesar disto, a traqueostomia confere maior conforto para a pessoa, manutenção de uma boa higiene oral e proteção contra as lesões provocadas pelo tubo orotraqueal (Santa-Cruz et al., 2020).

Segundo Medeiros et al. (2019), o processo de descanulação da traqueostomia inclui uma avaliação da deglutição e da permeabilidade das vias aéreas, a desinsuflação do *cuff* e trino de oclusão da cânula de traqueostomia.

CONCLUSÃO

Apesar de não haver consenso na comunidade científica sobre a insuflação ou desinsuflação em situações como a descrita, o enfermeiro especialista deve ter juízo crítico de acordo com a condição clínica da pessoa. Deve, também, estabelecer protocolos de atuação de forma a uniformizar a prática de cuidados.

É fundamental que todos os enfermeiros especialistas sejam capazes de prestar cuidados à família da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. A curiosidade e a procura constante de conhecimento são características que devem estar presentes em todos os enfermeiros, especialmente ao enfermeiro especialista por ser um elemento de referência aos restantes elementos da equipa de enfermagem. A aquisição de conhecimentos e técnicas que possam ser uma ferramenta de apoio a situações terminais são benéficas no suporte emocional e na obtenção de estratégias de aceitação da situação ocorrida.

Este tipo de situações acarreta um grande peso emocional para a família pois é algo difícil de entender e superar. Assim, a presença de uma equipa multidisciplinar é fundamental na clarificação da condição clínica da pessoa e no suporte emocional que a família necessita de forma a ser capaz de superar o desfecho que, muitas das vezes, não depende de uma intervenção dos profissionais de saúde.

PLANEAMENTO DA AÇÃO

Considero que a minha atitude foi adequada perante a situação descrita. Apesar de eu não ter conhecimentos sobre a matéria, enquanto futura enfermeira especialista, procurei aumentar o meu conhecimento de forma a ser capaz de contribuir para a tomada de decisão sobre a matéria, com vista a garantir a melhor prestação de cuidados à pessoa em causa.

O enfermeiro especialista deve ter conhecimentos e uma atitude de constante procura de conhecimentos para que seja capaz de tomar decisões baseado na evidência científica.

Face ao claro sofrimento da esposa, deve também providenciar conforto à família e, apesar da falta de resposta de profissionais da área de psicologia, o enfermeiro especialista deve procurar esclarecer todas as dúvidas e garantir que a família se sente reconfortada através de uma boa prestação de cuidados e de conforto à pessoa.

A presença de um psicólogo em unidades de cuidados intensivos seria benéfica pois é um ambiente onde existe sofrimento para a pessoa e para a sua família. Neste sentido, a equipa multidisciplinar demonstra ser crucial e, nestas situações, creio que a família teria uma preparação para o processo de luto que traria uma aceitação da morte precoce, diminuindo assim momentos de sofrimento e angústia.



CONCLUSÃO

O ensino clínico é, sem dúvida, uma excelente ferramenta de aprendizagem e de reflexão perante situações reais. Como futura enfermeira especialista, considero que devemos refletir sobre a nossa atuação em determinadas situações com vista a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, considero que os objetivos delineados para este trabalho foram atingidos sendo que a metodologia proposta foi útil e essencial para a sua elaboração. Posso afirmar que este trabalho fomentou o meu pensamento crítico e momentos de reflexão perante uma situação que, para mim, foi certamente um momento de aprendizagem de forma a desenvolver competências em situações de processos complexos de doença crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, K. & Gardenghi, G. (2016). *A influência da traqueostomia precoce no desmame da ventilação mecânica*. *Revista Eletrônica Saúde e Ciência*, 6(1): 33-44. Consultado em <https://www.resccea.fi.com.br/vol6/n1/artigo04-33a44.pdf>

Franco, H., Fernandes, R., Oliveira, M., Mestrinho, J., Freitas, A., Ferreira, B., Oliveira, N., & Costa, R. (2021). *Aprendizagens em contexto simulado*. Volume VI. Departamento de Enfermagem ESS | IPS. Consultado em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34909/1/ACSVI_ebook_2021_ISBN.pdf

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

Khanum, T., Zia, S., Khan, T., Kamal, S., Khoso, M., Alvi, J. & Ali, A. (2021). *Avaliação do conhecimento sobre cuidados com a traqueostomia e manejo de complicações precoces entre profissionais de saúde*. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 88(2): 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.06.011>

Medeiros, G., Sassi, F., Lirani-Silva, C. & Andrade, C. (2019). *Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura*. *Codas*, 31(6). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018228>

Santa-Cruz, F., Vasconcelos, L., Vasconcelos, C., Vasconcelos, A. & Ferraz, A. (2020). *Traqueostomia – Condutas e Técnica*. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, 20(2): 40-44. Consultado em <https://www.revistacirurgiabmf.com/2020/02/Arquivos/08ArtClinico.pdf>

Apêndice VIII - Plano de formação referente à apresentação do folheto

Título: Apresentação do folheto “Como viver com IC”

Duração: 45 minutos

Número de sessões: 1

Objetivos da formação:

- Apresentar o folheto sobre a IC à equipa de enfermagem;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância da capacitação da pessoa com IC;
- Reconhecerem a aplicabilidade da implementação do folheto na prática;
- Obter opiniões/críticas construtivas sobre o folheto apresentado.

Conteúdos:

- Explicação sobre o que é a IC e as algumas causas;
- Indicações práticas sobre algumas áreas do plano terapêutico, nomeadamente sobre a alimentação, medicação e autovigilância;
- Estratégias que a pessoa deve adotar para garantir o cumprimento terapêutico.

Local: Sala de reuniões da UCIP. De modo a abranger um maior número de participantes, a formação foi estendida via teams, o que proporcionou a inclusão de mais elementos da equipa.

Técnica: método expositivo e interativo

Público alvo: Equipa de enfermagem da UCIP

Materiais e equipamentos: Computador, projetor e folheto impresso

Apêndice IX - Póster sobre a prevenção do *delirium* na pessoa em situação crítica em Unidade de Cuidados Intensivos: papel da família

PREVENÇÃO DO DELÍRIUM NA PSC EM UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS: PAPEL DA FAMÍLIA

Rita Teresa Martins¹, Teresa do Rosário², Rita Espírito³, Cidália Castro⁴, Rita Mariana Botelho⁵
¹Egas Moniz School of Health and Sciences, Escola Superior de Saúde Egas Moniz - Unidade de Medicina em Enfermagem Médica - Unidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
²Egas Moniz School of Health and Sciences, Escola Superior de Saúde Egas Moniz - Unidade de Medicina em Enfermagem Médica - Unidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
³Egas Moniz School of Health and Sciences, Escola Superior de Saúde Egas Moniz - Unidade de Medicina em Enfermagem Médica - Unidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
⁴Egas Moniz School of Health and Sciences, Escola Superior de Saúde Egas Moniz - Unidade de Medicina em Enfermagem Médica - Unidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
⁵Egas Moniz School of Health and Sciences, Escola Superior de Saúde Egas Moniz - Unidade de Medicina em Enfermagem Médica - Unidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;

INTRODUÇÃO

O *delirium* é definido como um estado confusional agudo flutuante, défices de atenção e comportamento desorganizado, cerca de metade doentes críticos admitidos na UCI desenvolvem *delirium*.¹ Os estudos reconhecem a importância dos fatores ambientais e consideram as famílias essenciais na evolução clínica do doente crítico. A prevenção e gestão do *delirium* apresenta vários desafios. As únicas orientações recomendadas são terapias não farmacológicas, assim, as famílias podem ser integradas em diferentes atividades de reorientação, familiarização e mobilização.¹

21 - 80%

¹Incidência do *delirium* em UCI (mais comum em doente com ventilação mecânica)

11 - 30%

²Aumento das comorbilidades associadas incluindo défices cognitivos

3,4-3,8%

³Aumento da mortalidade

OBJETIVO:
Mapear a evidência científica sobre o papel da família na prevenção do *delirium* no doente internado numa UCI

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual é o papel da família na prevenção do *delirium* no doente em UCI?

METODOLOGIA

Scoping Review segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute, com recurso às bases de dados da plataforma eletrónica EBSCOhost. A questão de investigação desta revisão foi determinada de acordo com a estratégia PICO. A pesquisa inicial permitiu identificar 717 artigos, sendo no total selecionados 13.

DISCUSSÃO

A prevenção do *delirium* é pouco sistematizada. Contudo, os dados demonstram que o *delirium* tem grande prevalência em UCI, com consequente aumento da taxa de mortalidade e morbilidade, traduzindo-se em aumento dos gastos em saúde. Deve haver uma integração da família no plano de cuidados para ajudar na prevenção do *delirium*. No entanto é essencial ser devidamente supervisionada e guiada pelos profissionais de saúde (Enfermeiros). Foi possível comprovar que, apesar da presença da família ser unanimemente considerada benéfica, é necessária a realização de mais estudos que possam aferir se o seu contributo é um fator determinante na prevenção do *delirium*.

```

graph TD
    A[Identificação: Resultados EBSCO (n = 717)] --> B[Seleção: Resultados após aplicação de filtros (n = 141)]
    B --> C[Seleção: Resultados após remoção de duplicados (n = 86)]
    C --> D[Seleção: Resultados excluídos após título (n = 61)]
    D --> E[Seleção: Artigos em full text selecionados para apreciação (n = 25)]
    E --> F[Seleção: Resultados excluídos após leitura de abstract/resumo (n = 12)]
    F --> G[Seleção: Artigos incluídos (n = 13)]
                    
```

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Fiest KM, Krewulak KD, Sept BG, Spence KL, Davidson JE, Ely EW, Soo A, & Stelfox HT. (2020). A study protocol for a randomized controlled trial of family-partnered delirium prevention, detection, and management in critically ill adults: the ACTIVATE study. BMC Health Services Research, 20(1), 453. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05281-8>

2-Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Alexander, S. A., & Kane-Gill, S. L. (2017). Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. Critical Care Nurse, 37(6), e1-e9. <https://doi.org/10.4037/ccn2017485>

Apêndice X - Póster “Imobilização total da coluna da pessoa vítima de trauma: prática baseada na evidência ou tradição

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

Ana Teresa Martins¹, Fernando Moisés Parente¹, Rita Figueiredo²

*Enfermeiros no Serviço de Cardiologia e Unidade Cuidados Coronários do Hospital Garcia de Orta.

²Enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Garcia de Orta



**Imobilização total da coluna da pessoa vítima de trauma:
prática baseada na evidência ou tradição**

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De modo a garantir a imobilização da coluna e o transporte da vítima de trauma, o plano duro e o colar cervical têm sido os instrumentos mais utilizados¹ englobando ainda a aplicação de dois estabilizadores laterais da cabeça e uma fixação ao plano duro com cintos². Este método mencionado na literatura como o método tradicional³. Apesar de concebidos apenas para procedimentos de extração e desencarceramento, o seu uso não se limita às vítimas com suspeita de lesão vértebro-medular traumática, sendo adotado sem discriminação em todas as vítimas de trauma.

OBJETTIVO

Sensibilizar os profissionais de saúde para:

- Os efeitos da estabilização da coluna vertebral na vítima de trauma no pré-hospitalar;
- A eventual necessidade de remoção destes dispositivos o mais rápido possível em contexto hospitalar.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da evidência mais recente e das orientações a nível internacional.

RESULTADOS

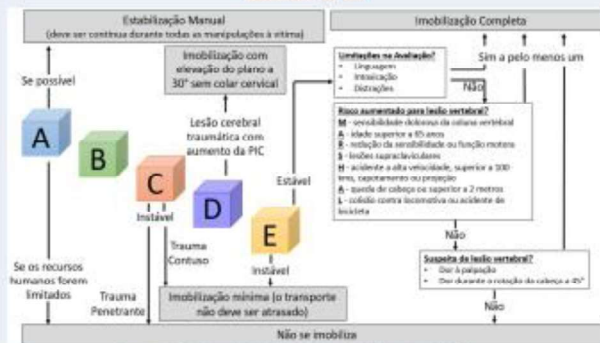


Figura 1 - Adaptado de E.M.S. IMMO Protocol (Krainess et al., 2016)

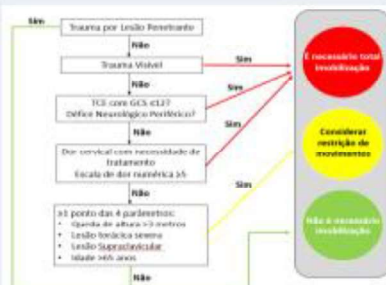


Figura 2 - Adaptado de The Immo traffic light system (Häcke et al., 2022)

A maca de vácuo surge como um método recomendado para o transporte, apesar de não ser rígido o suficiente para a extração, foi comprovada a sua eficácia igual ou superior na estabilização da vítima de trauma, quando comparado com o plano duro.⁷

O vácuo permite que a maca se molde à forma da pessoa.⁷

Complicações da Imobilização

A intervenção do enfermeiro especialista à pessoa vítima de trauma começa no pré-hospitalar, sendo que a sua atuação e visão permite delinear um plano estratégico de forma a maximizar as potencialidades dos dispositivos de imobilização e evitar todas as complicações que advêm destes dispositivos.

Permeabilização da Via Aérea⁴

Limitação da Função Ventilatória⁵

Aumento da Pressão Intracraniana⁶

Dor³

Úlceras de Pressão

Aumento dos exames pedidos*

Aumento do tempo no pré-hospitalar³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CONCLUSÃO

- A prática de imobilização de pessoas vítimas de trauma não é isenta de riscos;
- De forma a evitar as complicações que advém desta prática, o uso do plano duro e o colar cervical rígido, deve ser criterioso e refletido;
- É fundamental a criação e implementação de protocolos que ajudem na tomada de decisão da imobilização uma vez que a decisão de imobilização requer dispêndio de tempo e atraso no transporte da pessoa à unidade hospitalar.

**Apêndice XI – Póster “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica com Insuficiência Cardíaca”**

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO SCOPING

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Críticos; Intervenções de Enfermagem; Insuficiência Cardíaca

INTRODUÇÃO

A nível mundial, a insuficiência cardíaca é uma situação de emergência médica que pode colocar a vida da pessoa em risco, sendo uma das principais razões de recorrência aos serviços de saúde¹.

É crucial que os cuidados de enfermagem consigam dar resposta tanto à necessidade de estabilização como à prevenção e tratamento de complicações, tendo impacto tanto no prognóstico como na experiência vivida^{2,3,4}.

OBJETIVOS

Identificar, mapear e analisar as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica com insuficiência cardíaca.

A questão de investigação que norteou a pesquisa foi **“Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com insuficiência cardíaca?”**.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão *scoping* segundo as orientações do Instituto Joanna Briggs⁵.

Através da plataforma eletrónica EBSCOhost, recorreu-se às bases de dados MEDLINE, Nursing & Allied Health, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts, e Cochrane Clinical Answers.

RESULTADOS



Deteção precoce da sintomatologia^{6,7,8}



Procura contínua de conhecimentos e desenvolvimento de competências^{6,7,9}



Elaboração de planos de cuidados individualizados^{6,7,8,10}



Inclusão da família na estratégia terapêutica^{6,8}



Promoção da relação terapêutica efetiva^{9,10}



Trabalho em equipa multidisciplinar^{6,10}

CONCLUSÃO

- A investigação realizada atribui grande importância à intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica com insuficiência cardíaca, na medida em que este possui um conjunto de competências que permitem a adequação do tratamento à pessoa;
- É fundamental capacitar a pessoa e a sua família de forma a dar-lhes estratégias que os permitam ter um papel ativo na tomada de decisão sobre a sua nova realidade. Desta forma, adquirindo novos hábitos de vida, evitam novas descompensações da doença e futuros internamentos.
- Sendo o enfermeiro especialista dotado de um conjunto de competências que lhe proporcionam um papel diferenciador na equipa de saúde, foi possível compreender a mais valia que este representa na abordagem à pessoa em situação crítica com insuficiência cardíaca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ANEXOS

Anexo I – Protocolo de perfusão de insulina (Universidade de Pittsburgh)



PHYSICIAN ORDER SET

AUTHORIZATION IS GIVEN TO THE PHARMACY TO DISPENSE AND TO THE
NURSE TO ADMINISTER THE GENERIC OR CHEMICAL EQUIVALENT WHEN
THE DRUG IS FILLED BY THE PHARMACY OF UPMC - UNLESS THE PRODUCT

NAME IS CIRCLED.

IMPRINT PATIENT IDENTIFICATION HERE

REGULAR INSULIN IV INFUSION PROTOCOL: GOAL BLOOD GLUCOSE 140-180 mg/dL

This protocol is NOT for use in patients with Diabetic Ketoacidosis (DKA)/Hyperosmolar hyperglycemia

INSULIN:

- ☒ Start IV Insulin infusion (1 unit/mL). Waste 15 mL of infusion through new tubing and every time tubing is changed.

Initial BG (mg/dL):

181 - 200	Start IV insulin infusion at 1 units/hour
201 - 250	Start IV insulin infusion at 2 units/hour
251 - 300	Give 2 units insulin IV push and start IV insulin infusion at 2 units/hour
>300	Give 4 units insulin IV push and start IV insulin infusion at 4 units/hour

- ☒ Hold all previous insulin orders and oral hypoglycemic medication orders
☒ Follow insulin adjustment protocol. **Notify MD if BG not at goal by 6 hours or if the rate exceeds 10 units/hour.**
☒ If vasopressors (epinephrine, norepinephrine, vasopressin, phenylephrine, dopamine), corticosteroids, or CVVHD are discontinued, decrease infusion to 1/2 previous rate and recheck BG in 1 hour

FOR PATIENTS ON NUTRITIONAL SUPPORT (TUBE FEEDING OR TPN):

- ☒ If the rate of dextrose, tube feeding, or TPN is decreased (or TPN is being transitioned to tube feeds), decrease insulin infusion by 50%
☒ If nutritional support (tube feeding or TPN) is interrupted (held for any reason including "off-unit" trips), initiate D5 1/2 NS, D5NS or D10 (as ordered below), decrease insulin infusion rate by 50%, resume q 1 hour BG checks, and notify MD.
If patient is on meds (such as phenytoin or levothyroxine) which require tube feeds to be held, consider switching them to the IV formulation

IF PATIENT NOT ON TUBE FEEDS OR TPN, SELECT ONE:

- ☐ When BG is < 200 mg/dL, initiate Dextrose 5 1/2 NS IV at 85 mL/hr (Fluid of choice in MICU)
☐ When BG is < 200 mg/dL, initiate Dextrose 10% Water IV at 40 mL/hr (Fluid of choice in CCU)
☐ When BG is < 200 mg/dL, initiate Dextrose 5% NS at 85 mL/hr (Fluid of choice in Trauma ICU and TICU)

If Patient is eating meals, consider Humalog SQ prior to each meal.

CORTICOSTEROID THERAPY: (Consider dividing the total daily dose of hydrocortisone when treating ARDS, adrenal insufficiency, etc. by 24 hours and give as a continuous infusion. Note to RN: hydrocortisone is compatible with regular insulin at the Y-site.)

- ☐ Discontinue current order for hydrocortisone and give hydrocortisone IV continuous infusion at _____ mg/hour.

MONITORING:

- ☒ Check blood glucose (BG) 1 hour after each rate change (or q1h) until stable (at least 2 values between 140-180). BG checks can then be reduced to q2h. Once BGs are within desired range for 12 hours, reduce BG checks to q4h.
☒ Restart q1h checking if any change in insulin infusion rate occurs OR if there is significant change in clinical condition, vasopressor therapy, CVVHD, nutritional support, or glucocorticoid therapy.
☒ The site for BG checks should remain consistent. It is preferred to use either an arterial line or "VAMP" on a central line.
☒ Confirm BG via lab STAT if BG>500, HCT <25 or if clinical judgement indicates.
☒ Confirm BG with meter if BG<60 or if BG changes more than 100 mg/dL on a stable IV infusion.

2PO

(BLOCK Print Name) _____ (Signature) _____
Pager # _____ ☐ Order Set Faxed to Pharmacy by: _____
(name / time) _____ Unit: _____

200

Form ID:PUH-4068 Last Revision Date: 11/30/2009



PHYSICIAN ORDER SET

AUTHORIZATION IS GIVEN TO THE PHARMACY TO DISPENSE AND TO THE
NURSE TO ADMINISTER THE GENERIC OR CHEMICAL EQUIVALENT WHEN

THE DRUG IS FILLED BY THE PHARMACY OF UPMC - UNLESS THE PRODUCT

NAME IS CIRCLED

IMPRINT PATIENT IDENTIFICATION HERE

REGULAR INSULIN IV INFUSION PROTOCOL: GOAL BLOOD GLUCOSE 140-180 mg/dL

SUBSEQUENT INSULIN ADJUSTMENT:

BG (mg/dL)	Current rate 0.1-3.9 units/hour	Current rate 4-6.9 units/hour	Current rate 7-10 units/hour	Current rate >10 units/hour*
<70	(1) D/C insulin. Give 50mL (1 amp) D50 IV. Recheck BG in 15 min. Repeat as necessary. (Do not restart insulin until at least 1 hr after D50.) Notify MD. If no continuous glucose, start IV fluid as per page 1. Restart insulin at 50% (half) previous rate when BG >140 AND it is at least 1 hr after D50. Recheck BG in 1 hr.			
70-99	(2) D/C insulin. Recheck BG in 1 hr and then hourly. When BG >140, restart insulin but decrease rate by 50% (half) and recheck BG in 1 hr.			
100-139	(3.1) If BG drop >25 mg/dl from last check, D/C insulin. Recheck BG in 1 hr and then hourly. When BG >140, restart insulin but decrease rate by 50% (half) and recheck BG in 1 hr. (3.2) Otherwise, decrease by 0.5 units/hr (if current rate <0.5 units/hr, then D/C) and recheck BG in 1 hr.	(4.1) If BG drop >25 mg/dl from last check, D/C insulin. Recheck BG in 1 hr and then hourly. When BG >140, restart insulin but decrease rate by 2 units/hr and recheck BG in 1 hr. (4.2) Otherwise, decrease rate by 1 unit and recheck BG in 1 hr.	(5.1) If BG drop >25 mg/dl from last check, D/C insulin. Recheck BG in 1 hr and then hourly. When BG >140, restart insulin but decrease rate by 3 units/hr and recheck BG in 1 hr. (5.2) Otherwise, decrease rate by 1.5 units and recheck BG in 1 hr.	(6.1) If BG drop >25 mg/dl from last check, D/C insulin. Recheck BG in 1 hr and then hourly. When BG >140, restart insulin but decrease rate by 4 units/hr and recheck BG in 1 hr. (6.2) Otherwise, decrease rate by 2 units and recheck BG in 1 hr.
140-180	(7.1) If BG drop >50 mg/dl from last check, D/C insulin. Recheck BG in 1 hr and then hourly. Restart insulin (as long as BG>140), but decrease rate by 50% (half) and recheck BG in 1 hr. (7.2) If BG drop 25-50 mg/dl from last check, decrease rate by 50% (half) and recheck BG in 1 hr. (7.3) Otherwise, make no changes. If BGs 140-180 for 2 consecutive hours, recheck q2h.	(8.1) If BG drop >50 mg/dl from last check, D/C insulin. Recheck BG in 1 hr and then hourly. Restart insulin (as long as BG>140), but decrease rate by 2 units/hr and recheck BG in 1 hr. (8.2) If BG drop 25-50 mg/dl from last check, decrease by 2 units/hr and recheck BG in 1 hr. (8.3) Otherwise, make no changes. If BGs 140-180 for 2 consecutive hours, recheck q2h.	(9.1) If BG drop >50 mg/dl from last check, D/C insulin. Recheck BG in 1 hr and then hourly. Restart insulin (as long as BG>140), but decrease rate by 3 units/hr and recheck BG in 1 hr. (9.2) If BG drop 25-50 mg/dl from last check, decrease by 3 units/hr and recheck BG in 1 hr. (9.3) Otherwise, make no changes. If BGs 140-180 for 2 consecutive hours, recheck q2h.	(10.1) If BG drop >50 mg/dl from last check, D/C insulin. Recheck BG in 1 hr and then hourly. Restart insulin (as long as BG>140), but decrease rate by 4 units/hr and recheck BG in 1 hr. (10.2) If BG drop 25-50 mg/dl from last check, decrease by 4 units/hr and recheck BG in 1 hr. (10.3) Otherwise, make no changes. If BGs 140-180 for 2 consecutive hours, recheck q2h.
181-250	(11.1) If BG drop >50 mg/dl, decrease rate by 50% (half) and recheck BG in 1 hr. (11.2) If BG drop 25-50 mg/dl from last check, make no change and recheck BG in 1 hr. (11.3) Otherwise, increase rate by 1 unit/hr and recheck BG in 1 hr.	(12.1) If BG drop >50 mg/dl, decrease rate by 2 units/hr and recheck BG in 1 hr. (12.2) If BG drop 25-50 mg/dl from last check, make no change and recheck BG in 1 hr. (12.3) Otherwise, increase rate by 1.5 units/hr and recheck BG in 1 hr.	(13.1) If BG drop >50 mg/dl, decrease rate by 3 units/hr and recheck BG in 1 hr. (13.2) If BG drop 25-50 mg/dl from last check, make no change and recheck BG in 1 hr. (13.3) Otherwise, increase rate by 2 units/hr and recheck BG in 1 hr.	(14.1) If BG drop >50 mg/dl, decrease rate by 4 units/hr and recheck BG in 1 hr. (14.2) If BG drop 25-50 mg/dl from last check, make no change and recheck BG in 1 hr. (14.3) Otherwise, increase rate by 3 units/hr and recheck BG in 1 hr.
>250	(15.1) If BG drop ≥25 mg/dl from last check, make no change and recheck BG in 1 hr. (15.2) Otherwise, give 2 units insulin IV push AND increase rate by 1 unit/hr. Recheck BG in 1 hr.*	(16.1) If BG drop ≥25 mg/dl from last check, make no change and recheck BG in 1 hr. (16.2) Otherwise, give 2 units insulin IV push AND increase rate by 1.5 units/hr. Recheck BG in 1 hr.*	(17.1) If BG drop ≥25 mg/dl from last check, make no change and recheck BG in 1 hr. (17.2) Otherwise, give 2 units insulin IV push AND increase rate by 2 units/hr. Recheck BG in 1 hr.*	(18.1) If BG drop ≥25 mg/dl from last check, make no change and recheck BG in 1 hr. (18.2) Otherwise, give 2 units insulin IV push AND increase rate by 3 units/hr. Recheck BG in 1 hr.*

*Notify MD when insulin infusion rate exceeds 10 units/hr or if 4 consecutive BGs are >250 mg/dL.

2PO	(BLOCK Print Name) _____	(Signature) _____
	Pager # _____	☐ Order Set Faxed to Pharmacy by: _____ (name / time) Unit: _____
	2PO	Form ID:PUH-4068 Last Revision Date: 11/30/2009



Initial insulin infusion rate calculator	
Initial blood glucose (mg/dL)	
Initial insulin infusion rate/instructions	
Insulin infusion rate adjustment calculator	
Instructions: 1. Input current insulin infusion rate, current blood glucose, and last blood glucose (i.e. the previous 1-2 hours) into the green boxes; verify the change in blood glucose is accurate (blue box). 2. Adjust the patient's insulin infusion to the new rate (yellow box) and follow the instructions in the red box for additional orders and for when to re-check blood glucose. Note: This calculator should be used for adjustments in rate only; if the drip was held temporarily per instructions, follow those instructions and return to adjusting per the calculator after the next scheduled check.	
Current insulin infusion rate (units/hr)	
Current blood glucose (mg/dL)	
Previous blood glucose (mg/dL)	
Change in blood glucose (mg/dL)	0
New insulin infusion rate (units/hr)	
Additional instructions	

Note: If blood glucose < 100 mg/dL, hold insulin infusion until blood glucose > 140 mg/dL, then resume insulin infusion at 50% of previous rate.

Instructions for converting from IV to subcutaneous insulin
1. Determine the AVERAGE hourly rate of IV insulin (over the past 6-8 hours) and multiply by 24 hours to determine the daily IV insulin requirement.
2. Multiply by the daily IV insulin requirement by 2/3 - this will be the daily amount of subcutaneous insulin to be given to the patient. a. Give 50% of the daily subcutaneous insulin as LONG acting (e.g. insulin NPH, glargine). b. Give 50% of the daily subcutaneous insulin as SHORT/RAPID acting (e.g. insulin R, aspart) in divided doses.
3. Order correctional insulin to cover for hyperglycemia.
NOTE: Patients without a history of insulin-dependent diabetes who are receiving LESS THAN 2 units/hr of IV insulin may not require transition to scheduled subcutaneous insulin (i.e. they may not require insulin after stopping the infusion).

**Anexo II - Certificado de presença (IV Jornadas Científicas Universitárias e
Politécnicas Egas Moniz)**



JORNADAS
CIENTÍFICAS
EGAS MONIZ

CERTIFICA-SE QUE

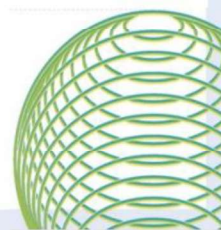
Ana Teresa Ramos Martins

Foi co-autora de um poster sobre “Prevenção do delirium na PSC em unidade de cuidados intensivos: papel da família” nas IV Jornadas Científicas Universitárias e Politécnicas Egas Moniz nos dias 27 a 30 de Novembro de 2023.

PROFESSOR DOUTOR JORGE FONSECA
Presidente do Conselho Técnico-Científico da ESSEM e
Presidente da Comissão Organizadora

EGAS MONIZ
SCIENTIFIC
JOURNEYS

27th - 30th November



Anexo III - Certificado de presença (Diálogos de Hipertensão Pulmonar)



Diálogos em Hipertensão Pulmonar

19 MAIO 2023 ~ Costa da Caparica

Certifica-se que

Ana Teresa Martins

participou nos **DIÁLOGOS EM HIPERTENSÃO PULMONAR - Guia para a abordagem de Hipertensão Pulmonar baseado em casos clínicos**, no TRYP Lisboa Caparica Mar Hotel, na Costa da Caparica, no dia **19 de maio de 2023**.

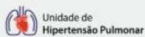
Hélder Pereira

Diretor do S. Cardiologia
Hospital Garcia de Orta

Filipa Ferreira

Assistente Hospital Graduada
S. Cardiologia Hospital Garcia de Orta

Organização:



Apoio educacional:



Patrocinios:



Anexo IV - Certificado de presença (South Side of the Heart)



CERTIFICADO DE **PRESENÇA**

Certificamos que

Ana Teresa Martins

participou na reunião do **South Side of the Heart - HOT TOPICS IN HEART FAILURE**, que decorreu no dia 20 de outubro 2023, no Hotel Tryp Caparica Mar na Costa da Caparica.

O Presidente das Jornadas

Helder Pereira
Diretor do S. Cardiologia

A Direção das Jornadas

Ana Almeida
Assistente Graduada

Paula Fazendas
Assistente Graduada

Ana Rita Pereira
Assistente Graduada

20 de outubro 2023

Anexo V - Certificado de presença (Congresso de Doente Crítico)



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Teresa Martins

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023,
que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16
horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pe' A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel
Ana Raquel Filipe Pimentel

O Presidente da APE

João José Santos Fernandes
João José Santos Fernandes

**Anexo VI - Certificado de apresentação de póster (Congresso de Doente
Crítico)**



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Ana Teresa Martins

participou como autor no póster

Imobilização total da coluna da pessoa vítima de trauma: prática baseada na evidência ou tradição

apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 que
decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, no Instituto Politécnico de Setúbal –
Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

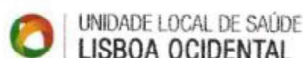
Ana Raquel Filipe Pimentel

Pel'A Comissão Científica

Paulo J. Marques Monteiro

Paulo J. Marques Monteiro

**Anexo VII - Certificado de presença na Formação em Serviço (Unidade de
Cuidados Coronários)**



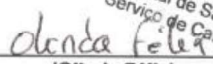
**SERVIÇO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS
UNIDADE DE FORMAÇÃO**

Declaração

Ana Teresa Ramos Martins, esteve presente na ação de formação em serviço sobre
“Terapia de Alto Fluxo”, organizada pelo Serviço de Cardiologia deste Hospital e
realizada no dia 29 de Novembro de 2023, com a duração de 1 hora.

Lisboa, 9 de Fevereiro de 2024

A Enfermeira Chefe


(Olinda Félix)

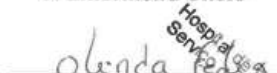
**SERVIÇO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS
UNIDADE DE FORMAÇÃO**

Declaração

Ana Teresa Martins, esteve presente na ação de formação em serviço sobre “Cuidados de Enfermagem ao Utente com Cateter de Swan - Ganz”, organizada pelo Serviço de Cardiologia deste Hospital e realizada no dia 30 de Novembro de 2023, com a duração de 1 hora.

Lisboa, 9 de Fevereiro de 2024

A Enfermeira Chefe

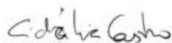

(Olinda Félix)
Hospital de Santa Cruz
Serviço de Cardiologia

**Anexo VIII – Certificado de presença (III Jornadas de Enfermagem - ONE
HEALTH: Conquistas e Desafios)**

CERTIFICADO

Ana Teresa Martins

Participou com a apresentação do seguinte poster: "**Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Insuficiência Cardíaca**", nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.



Presidente da Comissão Científica



Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:

