



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Bruno Miguel da Silva Sá

Diagnósticos de
enfermagem identificados
nos cuidados à pessoa
submetida a intervenção
coronária percutânea

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**Diagnósticos de enfermagem identificados nos
cuidados à pessoa submetida a intervenção
coronária percutânea**

Relatório Final de Estágio

Bruno Miguel da Silva Sá

Relatório de estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Especialista Aramid José Fajardo Gomes.

Oliveira de Azeméis | 2024

“O aprendiz é um mestre em formação.”
(Fernanda Simões Rodrigues)

AGRADECIMENTOS

Ao orientador de todo este percurso investigativo Professor Especialista Aramid Gomes pela orientação, disponibilidade, dedicação e sugestões.

À Enfermeira Lourdes Eiras, por toda a ajuda e interesse manifestados neste percurso.

Aos enfermeiros tutores, pela partilha de conhecimentos.

Ao Bruno, por toda a motivação e incentivo.

Aos meus pais e irmão, pela compreensão nos momentos de ausência.

À Cristiana, Mariana e Marta, pelos momentos de alegria e sorrisos.

Ao Jorge, por caminhares ao meu lado.

A todos, muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Vascular Central

DAC – Doença Arterial Coronária

DGS – Direção-Geral da Saúde

E – Estudo

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

ICNP – *International Classification for Nursing Practice*

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

MeSH – *Medical Subject Headings*

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NHSN – *National Healthcare Safety Network*

NIC – *Nursing Interventions Classification*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OSF – *Open Science Framework*

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCC – População, Conceito, Contexto

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

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

PSC – Pessoa em situação crítica

RAM – Resistências aos antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TIME – *Tissue, Infection, Moisture, Edge*

UDIC – Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II inserida no plano de estudos do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo como objetivos: apresentar as atividades desenvolvidas no decurso do estágio e refletir criticamente sobre essas atividades que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Ao longo da componente de estágio é realizado um breve enquadramento dos dois serviços onde se realizou o estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular, seguindo-se de uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas, atividades realizadas e de que forma foram desenvolvidas as competências, tanto comuns como específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica.

Na segunda parte deste relatório, é desenvolvida a componente de investigação com o objetivo mapear os diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a intervenção coronária percutânea, tendo como questão orientadora para a investigação, quais os diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a intervenção coronária percutânea?

Nos últimos anos, a cardiologia de intervenção evoluiu significativamente graças ao avanço tecnológico. A intervenção coronária percutânea é considerada o procedimento de eleição para a revascularização cardíaca no tratamento da doença arterial coronária, tendo o enfermeiro um papel fundamental no pré, intra e pós procedimento.

Seguiram-se as orientações para as *scoping review* do Joanna Briggs Institute. Identificaram-se um total de 38 diagnósticos de enfermagem, dos quais 34 utilizaram a taxonomia NANDA. Foi estabelecida uma correspondência entre a taxonomia NANDA e a terminologia CIPE, conseguindo-se uma correspondência de 31 diagnósticos de enfermagem. Com a identificação destes diagnósticos pretende-se contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas dos enfermeiros.

ABSTRACT

This report was written as part of the course Nursing the Critically Ill Person II, which is part of the study plan for the Master's Degree in medical-surgical nursing in the specialization area of nursing the critically ill person at the Portuguese Red Cross North School of Health, with objectives were: to present the activities carried out during the internship and to critically reflect on these activities, which enabled the acquisition and development of the competences of the nurse specializing in medical-surgical nursing in the area of specialization of nursing for people in critical situations.

The internship component includes a brief overview of the two services where the internship took place: the Medical-Surgical Emergency Service and the Cardiovascular Diagnosis and Intervention Unit, followed by a critical-reflective analysis of the experiences lived, the activities carried out and how the competences, both common and specific, of the nurse specializing in medical-surgical nursing for the critically ill person were developed.

In the second part of this report, the research component is developed with the aim of mapping the nursing diagnoses identified in the care of the person undergoing percutaneous coronary intervention, with the guiding question for the research being: what are the nursing diagnoses identified in the care of the person undergoing percutaneous coronary intervention?

In recent years, interventional cardiology has evolved significantly thanks to technological advances. Percutaneous coronary intervention is considered the procedure of choice for cardiac revascularization in the treatment of coronary artery disease, and nurses play a fundamental role in the pre-, intra- and post-procedure.

The Joanna Briggs Institute's *scoping review* guidelines were followed. A total of 38 nursing diagnoses were identified, 34 of which used the NANDA taxonomy.

A correspondence between the NANDA taxonomy and the ICNP taxonomy was established, resulting in a correspondence of 31 nursing diagnoses. The identification of these diagnoses is intended to contribute to the development of better nursing practices.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Descritores MeSH e Termos-Chave	66
Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia NANDA e terminologia CIPE.	71
Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem não integrantes na taxonomia NANDA, contudo com alguns integrantes na terminologia CIPE.	72

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação dos resultados	70
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. Enquadramento dos contextos de estágio	23
1.1. Estágio em contexto de urgência.....	23
1.2. Estágio em contexto de unidade de diagnóstico e intervenção cardiovascular....	25
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	27
2.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal.....	27
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	30
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	36
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	38
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	41
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	41
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	45
3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência de antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas	47
4. Considerações finais	51
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	53
1. Resumo	55
2. Abstract.....	57
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	59
4. Finalidade e objetivos	63
5. Metodologia.....	65
5.1. Desenho do estudo	65

5.2. Considerações éticas	67
6. Resultados	69
7. Discussão	73
8. Conclusão	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	91
ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO.....	92
ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO.....	94
ANEXO III: PRISMA -ScR statement	96
APÊNDICES.....	98
APÊNDICE I: Formação sobre prevenção e controlo da infeção	99
APÊNDICE II: Formação sobre o instrumento transição de cuidados	107
APÊNDICE III: Formação sobre avaliação e tratamento de feridas e seu planeamento	116
APÊNDICE IV: Frase de Pesquisa.....	127
APÊNDICE V: Quadro de extração de dados	129

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio à pessoa em Situação Crítica II do 3º curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Este relatório tem como objetivos: apresentar as atividades desenvolvidas no decurso do estágio e refletir criticamente sobre essas atividades que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC).

Entende-se como enfermeiro especialista, todo o enfermeiro detentor de conhecimento aprofundado e competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados especializados face a um domínio específico de enfermagem, apresentando um desenvolvimento do pensamento crítico que suporta a tomada de decisão face ao processo de vida e problemas de saúde da pessoa (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), a PSC é aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362).

Quanto aos cuidados de enfermagem prestados à PSC, estes devem ser desenvolvidos de forma qualificada, contínua e sistemática, com foco: 1) no risco elevado de falência das suas componentes essenciais à vida; 2) na satisfação das suas necessidades afetadas; 3) na prevenção de complicações e 4) na manutenção ou no restabelecimento das funções necessárias à vida (OE, 2018).

No sentido do desenvolvimento e consolidação das competências comuns ao enfermeiro especialista, assim como das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC, realizou-se o estágio em dois momentos e serviços diferentes: o primeiro de dois de outubro a oito de dezembro de 2023 no serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) de um hospital da região centro e o segundo momento de 11 de dezembro de 2023 a 12 de março de 2024 numa unidade de diagnóstico e intervenção cardiovascular (UDIC) de um hospital da região norte.

Para a OE (2019), as competências comuns são aquelas cujos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstram através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e ainda, com recurso à argumentação e fundamentação da prática do seu exercício profissional, assente em formação, investigação e assessoria.

Por sua vez, as competências específicas decorrem das intervenções definidas por cada área de especialização, adequando-se às necessidades de saúde da pessoa, interferindo no processo de vida e resolvendo os problemas de saúde identificados (OE, 2019).

Paralelamente, neste documento também se introduz uma componente de investigação no âmbito das doenças cardiovasculares.

Segundo a *World Health Organization* (WHO) (2017), estas são a principal causa de morte no mundo, estimando-se que em 2015 31% das mortes a nível mundial ocorreram por fenómenos cardiovasculares.

Em Portugal, a taxa de mortalidade padronizada associada à doença isquémica do coração em 2015 foi de 51.1% e a taxa de mortalidade padronizada associada a enfarte agudo do miocárdio (EAM) para o mesmo ano foi de 30.3% (Ferreira & Macedo, 2017).

Por sua vez, a cardiologia de intervenção, tem-se desenvolvido ao longo dos últimos anos em resultado dos avanços tecnológicos, sendo a revascularização cardíaca o método mais utilizado, tanto no tratamento da doença coronária estável como no tratamento dos síndromes coronários agudos (SCA) (Feres et al., 2017). A intervenção coronária percutânea (ICP), angioplastia com balão e a colocação de stents, são outros dos procedimentos no âmbito da cardiologia de intervenção e que se têm demonstrado eficazes na revascularização do miocárdio (Kurt & Kaşıkçı, 2019).

De acordo com Gomes et al. (2018), o enfermeiro tem um papel preponderante nas unidades de hemodinâmica no que concerne ao pré, intra e pós procedimento, antevendo e intervindo na ocorrência de complicações.

A existência de uma consulta de enfermagem nos procedimentos realizados nestas unidades, tem impacto na redução do nível de ansiedade, dor e no risco de infeção, colmatando numa menor taxa de isquemia do miocárdio, menor tempo de internamento e numa maior satisfação por parte da PSC (Valverde Bernal et al., 2023).

Face ao acompanhamento pós procedimento, quando realizado por um enfermeiro, traduz-se numa menor taxa de reinternamentos e numa maior satisfação por parte da PSC (Valverde Bernal et al., 2023).

Desta forma, e pensando na possibilidade de desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem, definiu-se como objetivo para a componente de investigação deste

relatório, mapear os diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a ICP, tendo como questão orientadora para a investigação, quais os diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a ICP?

Este relatório, no que concerne à estrutura, encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte focada na componente prática/estágio, apresentando-se um breve enquadramento dos dois contextos, seguindo-se de uma análise crítica e reflexiva, baseando-se nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC.

A segunda parte, centra-se na componente de investigação, tendo sido escolhido o método de *scoping review* e as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI).

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

Ao longo desta secção é realizada uma caracterização dos contextos de estágio integrantes na unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, fundamentais para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, bem como, para o desenvolvimento e enquadramento do estudo de investigação realizado para a enunciação dos diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a ICP. A descrição que aqui se introduz resulta: 1) da observação direta durante o estágio; 2) de entrevistas informais não estruturadas realizadas aos profissionais de saúde do local e 3) do recurso a documentos oficiais nacionais no âmbito da organização dos serviços de saúde hospitalares, de regulação profissional e outros.

1.1. Estágio em contexto de urgência

O primeiro momento de estágio realizou-se em contexto de urgência de um hospital da região centro. O serviço de urgência (SU) foi classificado como sendo de segundo nível (Médico-Cirúrgica) no que concerne ao acolhimento de doentes em situação de urgência, visto localizar-se como apoio primordial aos Serviços de Urgência Básica (SUB) e referenciando situações que necessitem de cuidados mais diferenciados para Serviços de Urgência Polivalentes (SUP), comportando as valências médicas obrigatórias de medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório, imagiologia e patologia clínica, assim como, a viatura médica de emergência e reanimação, assegurando a atividade pré-hospitalar (Despacho nº 10319/2014).

No que concerne à sua estrutura física, este SU possui fácil acesso a meios complementares de diagnóstico, visto encontrar-se no mesmo piso do serviço de imagiologia, cumprindo as determinações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); o acesso ao bloco operatório central está comprometido uma vez que se encontra num piso diferente que requer a utilização de um elevador central (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019a).

O SUMC encontra-se organizado por diferentes áreas funcionais, tal como recomendado pela ACSS (2019a). Do exterior para o interior do SU, encontra-se: a área administrativa/informação com familiares, área de triagem, área de emergência, área de observação do doente não/pouco urgente e doente urgente em pé, área de observação do doente urgente de cirurgia e trauma, área de observação do doente urgente em maca e área

de observação do doente muito urgente, outras áreas de observação do doente por especialidades, como oftalmologia, pediatria, ginecologia e otorrinolaringologia, encontram-se noutro espaço físico.

A área de triagem é formada por dois postos, com possibilidade de, caso a afluência assim o exija, a abertura de um terceiro posto, realizando-se a primeira avaliação da pessoa doente de acordo com o sistema de triagem de prioridade de Manchester, sendo-lhe atribuída uma pulseira com cor (dependendo da sua prioridade) face à sua queixa e sintomatologia (Manchester Triage System, 2022).

Indo de encontro com as determinações do ACSS (2019b), considera-se a sala de emergência como a área preferencial para o tratamento da pessoa doente classificado como emergente, grave e crítico ou classificado como muito urgente, mas com sinais de descompensação. Fisicamente a sala de emergência deste SU é individualizada do restante serviço, próxima da entrada de emergência e da área de triagem (ACSS, 2019b). Habitualmente, o enfermeiro destacado para assegurar o posto de trabalho na área de emergência (sala de emergência) era um enfermeiro especialista, tal como recomendado pelo regulamento n.º 743/2019, referente à norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

Quanto à equipa de enfermagem, esta era constituída por 83 enfermeiros, dos quais 18 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, três enfermeiros com mestrados em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC e oito especialistas nas restantes áreas de especialização em enfermagem. Estes dados estão, ainda, aquém das recomendações expostas no regulamento n.º 743/2019, e onde se pode ler que 50% da equipa de enfermagem de um SU deve ser especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área da enfermagem à PSC. Quanto ao plano de trabalho, este é composto por 15 enfermeiros para o turno da manhã e tarde e 11 para o turno da noite, sendo que está também previsto a figura do responsável de turno (enfermeiro especialista).

Considerando o exposto, para a realização deste estágio foram desenvolvidos os seguintes objetivos específicos:

- Conceber uma formação sobre prevenção e controlo da infeção como resposta às necessidades de cuidados à PSC, em contexto de sala de emergência (APÊNDICE I).
- Construir uma ferramenta de comunicação eficaz na transição dos cuidados, com recurso à metodologia representada pela mnemônica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), e que assegure a sinalização precoce de focos de instabilidade na PSC, em contexto do serviço de urgência, bem como a transição segura dos cuidados de enfermagem (APÊNDICE II).

1.2. Estágio em contexto de unidade de diagnóstico e intervenção cardiovascular

O segundo momento de estágio realizou-se na UDIC de um hospital da região norte, pertencente ao serviço de cardiologia. Em entrevista informal ao enfermeiro gestor do serviço, foi possível conhecer que, o serviço de cardiologia é formado por quatro unidades funcionais: unidade de consulta e exames de cardiologia; unidade de cuidados intensivos de cardiologia; unidade intermédia de cardiologia e a UDIC que tem disponibilidade 24 horas por dia para casos de doença com prioridade urgente e/ou emergente.

A UDIC pertence a uma instituição de nível II no que concerne à sua caracterização e organização, mas com atividade de nível III visto diagnosticar a doença cardiovascular e intervir, realizando o seu tratamento de forma invasiva no sistema cardiovascular circulatório e elétrico (ACSS, 2015).

No que concerne à sua configuração, esta encontra-se de acordo com as recomendações da ACSS, visto ser multifuncional facilitando a integração da atividade de diferentes especialidades baseadas nas técnicas percutâneas e endovasculares (ACSS, 2015).

Esta unidade é altamente diferenciada e especializada, caracterizando-se por realizar diversos exames, como: angiotomografia cardíaca, cateterismo cardíaco, ecocardiograma transesofágico, transtorácico, transtorácico de esforço, transtorácico de sobrecarga farmacológica, holter, electrocardiograma, entre outros.

Nesta UDIC é possível realizar técnicas inovadoras do foro da doença cardíaca estrutural, sendo que, a nível nacional destaca-se na intervenção percutânea sobre a válvula mitral com a técnica de *Mitraclip* e a intervenção de válvula tricúspide com as técnicas de *Trialign* e *Mitraclip*. Na península ibérica, foi pioneira na implementação de válvulas aórticas percutâneas. Desta forma, foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência na área de Cardiologia de Intervenção Estrutural, visto ser detentora do mais elevado nível de competências na prestação de cuidados de saúde de cardiologia em situações que exigissem recursos humanos e tecnológicos diferenciados, com conhecimento, experiência e capacidade para formação pós-graduada e investigação científica nesta área (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2018).

Relativamente à equipa de enfermagem, esta é formada por 30 enfermeiros, dos quais 22 especialistas em EMC e duas detentoras do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC. De acordo com regulamento n.º 743/2019, no que concerne ao cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem nas

unidades de exames especiais, onde a UDIC se insere, é recomendado a permanência de um enfermeiro por sala, salvo na presença de sedação/anestesia em que se preconiza a existência de dois enfermeiros por sala (Regulamento n.º 743/2019).

Ainda no contexto da organização dos cuidados, em particular da equipa de enfermagem, a UDIC tem uma equipa de prevenção no período noturno para diagnósticos agudos urgentes e/ou emergentes, sendo formada por três enfermeiros e um médico.

Quanto às áreas funcionais, a UDIC encontra-se dividida em: 1) laboratório de hemodinâmica; 2) laboratório de eletrofisiologia e 3) recobro; todas estas áreas funcionais disponibilizam cuidados de enfermagem assegurados pela presença de dois enfermeiros durante o turno da manhã e tarde. A área funcional: 4) laboratório de *pacing* e 5) laboratório de angiotomografia têm os cuidados de enfermagem assegurados pela presença de um enfermeiro por turno.

Face à exposição apresentada, para este estágio foram desenvolvidos os seguintes objetivos específicos:

- Refletir criticamente, com recurso à revisão exploratória da literatura e à observação participativa, sobre a dinâmica organizacional e funcional da UDIC.

- Conceber uma formação sobre a avaliação e tratamento de feridas, de acordo com a mnemônica TIME (*Tissue; Infection; Moisture; Edge*), na PSC intervencionada na UDIC (APÊNDICE III).

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O estatuto da OE identifica seis áreas possíveis para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, sendo: 1) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; 2) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; 3) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; 4) Enfermagem de Reabilitação; 5) EMC e 6) Enfermagem Comunitária (OE, 2019).

De acordo com OE (2019), as competências comuns são

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

As competências comuns compreendem os seguintes domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019), e envolvem

“as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p. 4744).

2.1. *Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal*

O enfermeiro especialista, no que concerne às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, depreende-se com o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assim como, garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019; Decreto-Lei n.º 156/2015).

A OE, no seu Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro) enaltece que os enfermeiros na sua prática profissional,

devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

O exercício profissional dos enfermeiros tem como pilar o código deontológico, nele sendo enunciados os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e nas comunidades a que se dirigem os cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 156/2015).

De acordo com o código deontológico dos enfermeiros (Decreto-Lei n.º 156/2015), consideram-se como valores universais a ter em conta numa relação profissional: 1) igualdade; 2) liberdade responsável, com a capacidade de escolha, com consciência do bem comum; 3) verdade; 4) justiça; 5) altruísmo; e 6) solidariedade, sendo que o não cumprimento do código deontológico, ou o conflito moral que decorre do seu cumprimento conduz nos enfermeiros, aos dilemas morais ou problemas éticos.

A deontologia assume-se como um conjunto de regras e princípios assentes num agir por dever, conferindo à ação o seu valor moral, onde a excelência só pode ser atingida por uma livre vontade (Decreto-Lei n.º 156/2015). Encara um conjunto de deveres relativos ao exercício profissional dos enfermeiros, incluindo um conjunto de direito que se fundamentam pela dignidade profissional e pela excelência do exercício profissional (Decreto-Lei n.º 156/2015).

A ética envolve princípios no que concerne à proteção da PSC, para além de orientar valores fundamentais para a manutenção da integridade da pessoa, interferindo nos processos de transição de saúde/doença (Oliveira et al., 2021). Face à relação entre ética e enfermagem, à luz do modelo da bioética (Beauchamp & Childress, 2001) é possível identificar princípios fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e para a tomada de decisão, sendo: princípio da beneficência, princípio da não-maleficência, princípio da justiça e princípio da autonomia (Beauchamp & Childress, 2001; Caires et al., 2021; Oliveira et al., 2021).

Tendo em conta a complexidade da prestação de cuidados realizada pelos enfermeiros no SUMC, são imensuráveis os desafios com que os enfermeiros se deparam diariamente. Desafios como, a sobrelotação de pessoas doentes no serviço, a escassez de recursos humanos e materiais, a imprevisibilidade das situações que possam surgir, a própria dinâmica do serviço que é detentora de ruído e de agitação e o espaço físico pequeno para a prestação de cuidados a que se destina, podem potenciar situações que coloquem em causa a prestação de cuidados para com a PSC e ao aparecimento de dilemas éticos.

Através de um estudo realizado por Nunes (2015), os principais problemas éticos identificados por enfermeiros na prestação de cuidados à PSC, referenciavam o respeito à informação à PSC, ao acompanhamento em fim de vida, responsabilidade profissional nas

intervenções interdependentes, sendo as temáticas mais referidas relacionadas com a decisão da pessoa (no que concerne ao consentimento ou recusa do tratamento proposto), dilemas na informação, atuação durante o processo de morte e decisão de não-reanimar e respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis.

Para a mesma autora, a tomada de decisão face aos dilemas éticos é frequentemente baseada na consciência moral, tendo por base os conhecimentos, habilidades e experiência profissional (Nunes, 2015).

Desta forma, o enfermeiro especialista, assume um papel preponderante na tomada de decisão face aos dilemas éticos e à solução dos problemas identificados no seu exercício profissional, utilizando habilidades de tomada de decisão com conhecimentos no domínio da ética e deontologia, na avaliação das melhores práticas, nas preferências da PSC e analisando e interpretando as situações específicas de cuidados, gerindo as situações potencialmente comprometedoras no exercício da sua profissão (OE, 2019).

A UDIC, caracterizando-se por ser um serviço com realização de atos médicos invasivos, tanto para diagnóstico como para tratamento, tem implicado para a sua atividade a existência de um consentimento escrito, assinado por parte da PSC.

O consentimento é absolutamente essencial a todas as PSC submetidas a procedimentos, sendo legalmente capazes para dar consentimento, exercendo o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição, devendo ser facultados conhecimentos que tornem a PSC detentora de toda a informação necessária para a realização do procedimento (Código de *Nuremberg*, 1947).

Enaltecendo o código referido anteriormente, revela-se a importância do princípio bioético da autonomia, “a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um” (Burkardt & Nathaniel, 2001, p.41; Código de *Nuremberg*, 1947).

Entende-se o consentimento informado, livre e esclarecido como um processo comunicacional verbal oral ou escrito, com linguagem clara e acessível, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a PSC, prolongando-se num tempo útil (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013).

No caso da PSC inconsciente e com risco sério para a sua saúde, prevalece o consentimento presumido, supondo que a PSC teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado, baseando-se no princípio bioético da beneficência, não descorando que a informação deve ser na mesma fornecida à pessoa significativa ou representante legal (DGS, 2013; Oliveira et al., 2021).

Similarmente, outras estruturas se têm dedicado às questões relacionadas com a segurança e o respeito pela dignidade humana. Exemplo disso, é o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) de 2021-2026, que tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, encontrando-se estruturado em cinco pilares que estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança da PSC, sendo o pilar 3 a comunicação, tendo como um dos objetivos “adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador” (Despacho n.º 9390/2021, p.101).

Considerando a exposição teórica e a respetiva fundamentação fica clara a preocupação pelo desenvolvimento das boas práticas que foi possível identificar nos locais de estágio. O esclarecimento de dúvidas face ao procedimento e a identificação da ausência do consentimento assinado por parte da PSC era algo realizado pelo enfermeiro especialista (elemento responsável pela prestação de cuidados de enfermagem durante o procedimento) aquando do acolhimento do mesmo na UDIC, considerando-se estes, como elementos fundamentais para a tomada de decisão da PSC face à realização do procedimento. Neste sentido, o enfermeiro especialista assume um papel preponderante, considerando que promove a proteção dos direitos humanos, através de assegurar o respeito pelo direito das PSC no acesso à informação e assegurar o respeito da PSC à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde (OE, 2019; DGS 2013; Decreto-Lei n.º 156/2015).

Ao longo do estágio, a tomada de decisão ética assentou no código deontológico e nos pressupostos *prima facie* (beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia). A prestação de cuidados adotada pelas equipas, nos diferentes contextos, face à vulnerabilidade da PSC, tinha por base dos direitos das pessoas referidos nas Lei de Bases da Saúde, enaltecendo-se: a igualdade, não discriminação, confidencialidade, privacidade, dignidade, segurança, a autodeterminação, valores, costumes e crenças espirituais da PSC (Lei n.º 95/2019).

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O enfermeiro especialista, no que concerne às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolve-se através de: 1) garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; 2) desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e 3) garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

“O avanço no conhecimento técnico e científico requer que o enfermeiro especialista desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (OE, 2021, p.15).

Os enfermeiros especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC são reconhecidos por serem elementos chave na resposta às necessidades das PSC e ou falência orgânica. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados visam-se simples, de fácil utilização e aplicabilidade, sendo referenciais norteadores para a prática especializada em enfermagem médico-cirúrgica à PSC de qualidade (OE, 2017b).

Desta forma, ambos os contextos de estágio tinham um elemento responsável pelo plano de formação em serviço, sendo este, um enfermeiro especialista que diagnosticava as necessidades da equipa do ponto de vista da formação e elaborava um plano de formação que permitisse responder às necessidades diagnosticadas. Neste sentido, de entre os vários elementos da equipa de enfermagem, o enfermeiro especialista tende a ser o elemento mais capacitado e habilitado para assumir a responsabilidade formativa do serviço, na medida em que é detentor de elevado conhecimentos dos padrões de qualidade que lhe garantem a liderança no desenvolvimento de programas de melhoria contínua (OE, 2017b).

Tanto no SUMC como na UDIC, apresentavam grupos definidos de trabalho nas diversas áreas: 1) controlo da dor; 2) gestão de risco; 3) unidade de prevenção e controlo da infeção e a resistência a antimicrobianos (RAM); 4) sistemas de informação; e 5) humanização dos cuidados, adequando as formações às suas realidades, elaborando protocolos e documentos para uma melhor qualidade na prestação de cuidados à PSC, e que vão de encontro dos enunciados descritivos previstos nos padrões de qualidade do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à PSC (OE, 2017b).

Por sua vez, utilização de protocolos assistenciais proporciona uma maior satisfação por parte da equipa de enfermagem e das PSC, conferindo uma maior segurança na realização de procedimentos, diminuindo a existência de complicações (Sales et al., 2018).

No entanto, os protocolos assistenciais apesar de serem elaborados com base na evidência científica, podem constituir um risco significativo para a prestação de cuidados se forem utilizados sem pensamento crítico considerando-se como uma barreira à tomada de decisão. A sua utilização de forma generalizada, ausência de revisões regulares, a falta de profissionais de saúde (baixas dotações), sobrecarga de trabalho, a dificuldade em estabelecer prioridades e a falta de tempo podem tornar pobre a prestação de cuidados (Cunha Machado et al., 2019).

De acordo com OE (2017b), o enfermeiro especialista na área de enfermagem à PSC, face ao enunciado descritivo “a organização dos cuidados de enfermagem” deve utilizar

metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados na PSC promotoras de saúde assim como, rever os guias de boas práticas no domínio da PSC.

Nesta fase, importa também refletir sobre o pilar três da PNSD 2021-2026 e a sua relação com a qualidade dos cuidados. Este refere-se à comunicação, considerando que:

“a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 9390/2021, p.100).

Entende-se como transição de cuidados de saúde “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017a, p.4), sendo considerados como momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados: admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados e as mudanças de turno (DGS, 2017a).

Desta forma, ao longo do primeiro momento de estágio, foi realizada uma formação em serviço (APÊNDICE II) tendo como enfoque a transição de cuidados do SUMC, com o objetivo de apresentar um instrumento de transição de cuidados, tanto para serviços de internamento da mesma instituição hospitalar, como para serviços de outras instituições com o mesmo ou diferente nível de cuidados, baseando-se na mnemônica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*). No segundo momento de estágio, foi possível verificar que a UDIC adotava a metodologia ISBAR na transição dos cuidados do local onde se tinha realizado o procedimento para o recobro.

Para a Direção-Geral da Saúde (DGS), entende-se como ISBAR a “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017a, p.4).

Assim, o enfermeiro especialista através do seu papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colabora na conceção e operacionalização de projetos, na área da qualidade, sendo elemento participativo na disseminação necessária à sua apropriação, até um nível operacional e, gere a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado (OE, 2019; 2017b).

Adicionalmente, o pilar cinco da PNSD 2021-2026 refere-se práticas seguras em ambientes seguros, considerando:

“o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos. (...) Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros” (Despacho n.º 9390/2021, p.102).

Enaltecendo uma cultura de segurança e com enfoque no enunciado descritivo “*a prevenção de complicações*” dos padrões de qualidade do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC, o enfermeiro especialista responsabiliza-se pela gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente na promoção do bem-estar assim como, referencia as situações problemáticas identificadas para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à PSC (OE, 2019; OE, 2017b).

Considerando a relevância de uma cultura de segurança, em linha com as recomendações nacionais, destaca-se que tanto no SUMC como na UDIC, a identificação da PSC era realizada no momento da admissão ao serviço tal como previsto pelos mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca das pessoas doentes em instituições de saúde (DGS, 2011). O uso de pulseira identificadora permitia minimizar as possíveis situações de risco em ambientes específicos, constituindo um equipamento de segurança (DGS, 2011). Pelo que, em todos os contactos com as PSC, o enfermeiro, antes de realizar qualquer ato, garantia o procedimento previamente apresentado (identificação inequívoca das PSC) (DGS, 2011).

Face à procura permanente da excelência no exercício profissional, tendo em conta o contexto do SUMC e a UDIC e a complexidade das situações bem como, a necessidade de utilização de várias medidas invasivas, o enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC também maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção (OE, 2017b). Considerando o enunciado descritivo “*a prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados*” e o pilar cinco do PNSD, reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as RAM (Despacho n.º 9390/2021; OE, 2017b) o enfermeiro especialista assume um papel preponderante através da: 1) participação na gestão do risco ao nível institucional; 2) participação na definição de estratégias de prevenção e controlo da infeção a implementar

no serviço; 3) capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associados aos cuidados à PSC e 4) liderança na implementação de planos de intervenção e controlo da infeção nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos, requeridos na prevenção e controlo de infeção, face às vias de transmissão na PSC (OE, 2019; OE, 2017b).

As IACS e as RAM são problemas crescentes à escala mundial, com impacto nos indicadores de saúde, tais como: um aumento associado da morbilidade e mortalidade e dos tempos de internamento e um agravamento dos custos de saúde. Acentuam a pressão geradora de RAM pelo maior uso de antibióticos, inviabilizando a qualidade dos cuidados de saúde e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos (DGS, 2017b; Gonçalves & Carmo, 2022).

Enaltecendo a gravidade das IACS e da RAM, a *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) (2023), estima que 3.5 milhões de casos de IACS ocorrem anualmente na união europeia, considerando que 71% dos casos identificados são causados por bactérias resistentes a antibióticos e 50% são evitáveis.

A RAM é uma prioridade para a WHO, tendo por isso, elaborado um plano de ação global sobre a RAM, considerando como objetivos estratégicos: melhoria da consciencialização e a compreensão da RAM; fortalecer a vigilância e a investigação; reduzir a incidência de infeções; otimizar o uso de antibióticos; e assegurar o investimento sustentável no combate à RAM (World Health Organization [WHO], 2015).

Em Portugal algumas medidas já foram tomadas para uma diminuição da incidência das IACS e da RAM, como: campanha da higiene das mãos, em 2009 (com um aumento na sua adesão de 37% entre 2009-2016); a criação do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos (PPCIRA), em 2013; a criação do programa de apoio à prescrição antibiótica (PAPA), em 2013; a criação do programa STOP infeção hospitalar, em 2014 com o objetivo de diminuir em 50% a incidência de infeções adquiridas em 3 anos através da intervenção: 1) nas infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a Catéter Vascular Central (CVC); 2) nas infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação (bacterémia secundária a algaliação); nas 3) pneumonias associadas à intubação (PAI) em unidades de cuidados intensivos; e nas 4) infeções do local cirúrgico (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015; DGS, 2017b).

Desta forma, perante certas contingências percebidas/observadas, que decorreram durante o exercício do estágio, foi possível diagnosticar algumas necessidades no âmbito do controlo e prevenção da infeção e com isso, surgiu a oportunidade de desenvolver uma formação que garantisse uma melhoria na qualidade dos cuidados.

Durante o estágio percebeu-se que a permanência da PSC na sala de emergência era muitas vezes protelada face à dificuldade na gestão de vagas noutros serviços. Nesse sentido, emergiu a necessidade de realizar uma formação no SUMC (APÊNDICE I), subordinada ao tema da prevenção e controlo de infeção como resposta às necessidades de cuidados à PSC, na sala de emergência. A formação teve por base: 1) o feixe de intervenção de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical; 2) o feixe de intervenção de prevenção de PAI e 3) o feixe de intervenção de prevenção de infeção relacionada com o CVC (DGS, 2015a; 2015b; 2015c).

Por outro lado, quanto à integração na dinâmica da prestação de cuidados na sala de emergência, ao longo do estágio realizado no SUMC, esta apresentou algumas dificuldades na medida em que os cuidados à PSC emergente e/ou muito urgente eram assegurados por uma equipa multidisciplinar que não era fixa à sala e por isso diferente todos os dias, exigindo uma adaptação à dinâmica de cada profissional da classe médica responsável pela prestação de cuidados à sala de emergência. “Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (Despacho Normativo n.º 11/2002).

A equipa multidisciplinar oferece uma diversidade de saberes de várias áreas do conhecimento, facilitando um trabalho tanto sequencial quanto simultâneo, respeitando, porém, os limites específicos de cada disciplina científica (Choi & Pak, 2006).

Considerando que o exercício profissional dos enfermeiros se insere num contexto de atuação multiprofissional, ressalva-se distinguir 2 tipos de intervenções de enfermagem, 1) intervenções interdependentes; 2) intervenções autónomas, iniciadas por prescrições dos enfermeiros (OE, 2017b). De acordo com Peduzzi (2001), a autonomia profissional e interdependente, enaltece a tomada de decisão através da complementaridade de saberes especializados.

Desta forma, no que concerne à tomada de decisão do enfermeiro perante as intervenções autónomas, este identifica as necessidades de cuidados de enfermagem, prescreve intervenções de enfermagem (de forma a evitar riscos e identificar precocemente potenciais problemas) incorporando resultados da investigação na sua prática e implementa e avalia os resultados dessas mesmas intervenções (OE, 2017b). Neste sentido, e de acordo com o enunciado descritivo “a prevenção de complicações,” o enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC, identifica tão rápido quanto possível, dos problemas potenciais da PSC; prescreve intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados e referencia situações problemáticas

identificadas para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidas no processo de cuidados à PSC (OE, 2017b).

É importante analisar e quantificar os cuidados de enfermagem especializados necessários pela PSC, para se estabelecer uma adequada relação entre o número de enfermeiros especialista e a PSC, com enfoque a prevenção de complicações e a segurança da PSC (Oliveira, 2016).

Sendo assim, o enfermeiro especialista assume-se como elemento fundamental no processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, pois face ao enunciado descritivo “*a organização dos cuidados de enfermagem,*” o enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC é responsável pelo desenvolvimento de políticas de formação contínua dos enfermeiros especialistas, que promovam o desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada (OE, 2017b).

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Face ao desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista: 1) gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e 2) adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Ao longo do primeiro momento de estágio, no SUMC, identificou-se a presença de um enfermeiro responsável de turno, sem área funcional atribuída para a prestação de cuidados mas, com as seguintes funções: 1) gerir os recursos humanos, através da distribuição dos enfermeiros e dos assistentes operacionais pelas áreas funcionais; 2) gerir recursos materiais (verificar equipamentos; verificar reposição dos materiais consumíveis e fármacos; verificar processo de recolha e entrega de materiais esterilizados; 3) gerir os internamentos a aguardar vaga nos diferentes serviços da instituição hospitalar; 4) articular transferências hospitalares para outras instituições e a equipa de transporte; 5) garantir a melhor prestação de cuidados através da sua supervisão e assessoria; 6) gestão de conflitos e 7) gerir pedidos de alimentação para as PSC.

Enaltece-se a capacidade de liderança do enfermeiro responsável como essencial para a gestão de cuidados no SUMC, bem como, formação em comunicação e relacionamentos em equipa, gestão de stress e de conflitos e formação em comunicação do risco e transmissão de más notícias conforme previsto no artigo 21º, que se refere aos recursos humanos e formação, do Despacho nº 10319 de 2014.

De acordo com o estudo realizado por Tono et al. (2015), a formação e a presença do responsável de turno nas situações críticas foram consideradas como critérios essenciais para

a gestão de cuidados no SU. Desta forma, o responsável de turno no SUMC era um enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC e considerado como segundo elemento de enfermagem presente na sala de emergência. Para a OE (2017a), “a atribuição da função de responsável de turno (...) compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional mais bem preparado e com competências para a área de gestão” (p.2).

Identificou-se, na prestação de cuidados à PSC, momento de reflexão em equipa, realizada pelo responsável de turno, face à abordagem a ter para com a PSC e à atribuição de papéis que cada elemento presente desempenha para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e excelência. Similarmente, Tono et al. (2015) descrevem que, a realização de reuniões da equipa organiza a prestação de cuidados, cria dinâmicas e facilita a articulação entre a equipa multiprofissional.

Contudo a falta de enfermeiros, o rácio enfermeiro/pessoa doente inadequado e a sobrecarga de trabalho, são aspetos organizacionais identificados como critérios não facilitadores da gestão de cuidados (Tono et al., 2015).

Na UDIC, existe um enfermeiro responsável por cada laboratório de prestação de cuidados, responsável pela gestão de consumíveis materiais e fármacos. A gestão dos recursos humanos cabia à enfermeira gestora do serviço.

Através da observação direta, conseguiu-se identificar que este enfermeiro responsável é um elemento fundamental no que concerne à gestão dos materiais consumíveis em cada procedimento, zelando pela gestão económica eficaz. Cabe aos enfermeiros especialistas, compreenderem a gestão de recursos materiais de forma diversificada, relevando a previsão dos mesmos, a organização e o controlo (Ferreira et al., 2021). Os mesmos autores referem ainda que é uma preocupação dos enfermeiros especialistas a realização da gestão racional dos recursos materiais, bem como o controlo dos custos associados (Ferreira et al., 2021).

Enaltecendo esta cultura de gestão atribuída aos enfermeiros especialistas, denota-se que a experiência profissional é um fator importante no desenvolvimento desta competência. Portanto, em concordância com a proposta de Benner (2001), que assenta no modelo de Dreyfus sobre a aquisição de perícia, e fazendo referência ao último patamar de competência que é o de enfermeiro perito, compreende-se que a experiência profissional e a perícia associadas à intuição, permitem ao enfermeiro perceber as situações de forma integrada e sistemática, tanto no que diz respeito ao cuidado direto das pessoas doentes, quanto no que se refere à capacidade de gestão de recursos humanos e materiais.

No seio da equipa, o enfermeiro gestor de cuidados é, organicamente e oficialmente, o elemento, com competência para garantir uma prática profissional e ética na equipa,

promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e gerir a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades das PSC (Regulamento n.º 101/2015).

Durante o estágio, percebeu-se que em ambos os contextos, se identifica nos enfermeiros responsáveis (especialistas) uma gestão de cuidados pormenorizada e rigorosa, antecipando-se de forma a colmatar possíveis falhas e otimizando os recursos humanos presentes, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

2.4. *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

O enfermeiro especialista, no que concerne ao desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, 1) desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e 2) baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Durante o estágio, mobilizaram-se conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC. Ao longo deste período, foram promovidos momentos de reflexão com a equipa presente dos serviços, sendo notória a sua preocupação em fornecer conhecimentos e explicações sobre as intervenções e práticas dos seus contextos.

No que concerne ao SUMC, a imprevisibilidade das situações permitiu um contacto com diversas experiências, sentindo-se necessidade de aprofundar conhecimentos face à prestação de cuidados na sala de reanimação, visto esta ter uma dinâmica muito particular exigindo grande capacidade de agilidade do raciocínio e que seja sistematizado, constatando-se que, como referido anteriormente, através de momentos de reflexão em equipa definiam-se papéis e funções, com enfoque na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Face à UDIC, considerou-se importante a realização de turnos nos diversos laboratórios sentindo-se a necessidade de adquirir novos conhecimentos tendo em conta a especificidade do serviço, constatando-se que os elementos de enfermagem eram fixos e demonstravam robustos conhecimentos no âmbito da anatomia e fisiopatologia do sistema cardiovascular, farmacologia, ventilação e monitorização, úteis no processo de tomada de decisão e na antecipação de focos de instabilidade (Miranda da Costa et al., 2023). As competências referentes aos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem especializada em unidades de hemodinâmica referem-se ao pré procedimento, identificação e prevenção de complicações, educação para a saúde, formação e desenvolvimento profissional, gestão de recursos e investigação (Miranda da Costa et al., 2023).

O enfermeiro especialista deve procurar a adequação das suas intervenções considerando que a pessoa tem o direito à qualidade científica, técnica e humana (Bacalhau, 2014). Este, alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagens e agente ativo no campo da investigação (OE, 2019). A investigação em enfermagem deve ser considerada como a base de uma prática clínica abrangente e baseada em evidências (Tingen et al., 2009).

Assim, “reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão de enfermagem e a tomada de decisão adequada e inteligente para a prestação dos melhores cuidados” (Martins, 2008).

Foram identificados, em conjunto com os enfermeiros tutores e através da observação direta, necessidades no que concerne a conhecimentos face à transição de cuidados, promoção e controlo da infeção e avaliação e tratamento de feridas. Dessa forma, considerou-se oportuna a realização de formações nos dois contextos de estágio, como forma de colmatar as necessidades identificadas (APÊNDICE I; APÊNDICE II; APÊNDICE III).

Em paralelo com a realização do estágio, foi possível a participação nas Jornadas do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, “A Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados no Pré-Hospitalar”, realizadas na Escola Superior de Saúde de Leiria a 30 de setembro de 2023 e no I Congresso Internacional de Viabilidade Tecedular e dos Cuidados à Pessoa com Ferida intitulado “Colocar o dedo na Ferida” realizado Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro a 26 e 27 de janeiro de 2024, e que permitiu a aquisição, atualização e fundamentação de conhecimentos pertinentes para a prestação de cuidados à PSC (ANEXO I; ANEXO II).

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

A especialidade em enfermagem médico-cirúrgica tem uma grande abrangência, considerando-se imperativo especificar as competências especializadas na área da enfermagem à PSC (OE, 2018).

De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC, considera-se como PSC, “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” (OE, 2018, p.19362), sendo necessários cuidados de enfermagem “altamente qualificados prestados de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total” (OE, 2018, p.19362).

Para o mesmo regulamento, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à PSC são: 1) cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2) dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e 3) maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de RAM perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequados (OE, 2018).

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

O enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à complexidade das situações de saúde e às respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como, à sua família/pessoa significativa (OE, 2018).

Durante o estágio no SUMC, a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC exigiu a mobilização e aquisição de conhecimentos, de forma a identificar focos de instabilidade, diagnósticos de enfermagem, formular e avaliar as intervenções implementadas. A implementação das intervenções de enfermagem prescritas no plano de

cuidados da PSC, permitiu atuar de forma antecipatória, prevenindo complicações e a deterioração das funções vitais necessárias à vida.

Ao longo deste período, foi possível a observação direta da prestação de cuidados de enfermagem na área funcional destinada à triagem. De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir as pessoas doentes por grau de gravidade clínica, de modo a que, caso haja tempo de espera, se exerçam critérios pré-estabelecidos de observação, em todos os SU, independentemente do seu nível.

A grande afluência de pessoas doentes ao SUMC, revela essencial a existência de um sistema de triagem, realizada por enfermeiros de forma a não diagnosticar, mas a estabelecer uma prioridade clínica para serem observados face aos problemas identificados e não pela ordem de chegada (Despacho n.º 10319/2014).

A triagem é essencial a um SU, pois promove a segurança da pessoa doente e a tomada de decisão do enfermeiro especialista, priorizando as situações críticas e zelando pela prestação de cuidados de excelência (Zagalioti et al., 2023).

De acordo com Oliveira et al. (2022), a triagem realizada por enfermeiros configura-se como um processo intuitivo face à prática clínica, através de uma identificação rápida, com base em evidências científicas, experiências profissionais e na intuição, dos sinais e sintomas que a pessoa doente apresenta, determinando a prioridade face à gravidade.

Contudo, para os mesmos autores, apesar de reconhecida a autonomia no processo de triagem dos enfermeiros, foram identificados fatores que dificultam a processo de triagem, sendo: 1) a falta de comunicação entre enfermeiro e a pessoa doente, pela ausência de conhecimento por parte destes últimos face ao processo de triagem; 2) a ideia insistente de “subordinação” dos enfermeiros em relação aos médicos, sendo questionados por parte destes profissionais sobre as decisões tomadas, face ao processo de triagem; e 3) sobrecarga de trabalho, face ao acumulo de funções no turno (Oliveira et al., 2022).

Nesta linha a intervenção na área da triagem foi considerada como uma dificuldade neste contexto de estágio, pela ausência de conhecimentos e destreza nos fluxogramas que compõe o programa de triagem de *Manchester* (Manchester Triage System, 2022). Em entrevista informal com a enfermeira tutora, ficou percebido que esta dificuldade, já é entendida pela equipa como uma barreira no processo de aprendizagem e integração de competências, no contexto de integração de novos profissionais, sendo contornada através da realização de formação específica nesta área para enfermeiros com pelo menos seis meses de experiência profissional no contexto de SUMC.

De acordo com o Grupo Português de Triage (2021), o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, pelo menos de seis meses, e capacidade para comunicar de forma eficaz com as PSC e a sua família/pessoa significativa.

Considera-se desta forma, que a experiência profissional, o pensamento crítico, tomada de decisão e o conhecimento detalhado do programa de triagem de *Manchester* são essenciais para a realização da triagem e atribuição da cor da pulseira (Manchester Triage System, 2022). A correta identificação da prioridade confere segurança à PSC, permitindo a observação médica e a formulação de diagnósticos, em tempo útil.

A organização, priorização, os conhecimentos, o juízo clínico e a intuição são competências fundamentais para a tomada de decisão dos enfermeiros na triagem. Contudo, a experiência profissional em SU, muitas vezes operacionalizada por um processo de intuição, é o fator que mais influencia a tomada de decisão (Azevedo et al., 2023; Benner, 2001).

Ainda no momento da triagem, de acordo com a Norma n.º 002/2018, implementa-se neste SUMC, o algoritmo de eletrocardiografia simples de doze derivações nas situações de dor torácica e, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional requerendo-se uma radiografia simples do aparelho esquelético, de forma a uma observação médica especializada mais rápida e com maior segurança para com a PSC.

Neste SUMC, face ao protocolo de triagem, a formação sobre o mesmo e as suas auditorias para avaliação da qualidade, estavam na responsabilidade de um enfermeiro especialista em EMC. De acordo com o Grupo Português de Triage (2021), a auditoria interna e externa é fundamental para que exista reprodutibilidade entre os profissionais individualmente e os serviços onde se encontra implementado o Protocolo de Triage de *Manchester*.

Denota-se que, na presença de enfermeiros especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC no turno, estes eram preferencialmente alocados à área funcional da triagem e da sala de emergência. De acordo com o estudo realizado por Freitas (2014), são os enfermeiros especialistas os que referem um maior grau de satisfação na triagem, comparativamente com o enfermeiro de cuidados gerais, face aos conhecimentos técnico-científicos, pensamento crítico, tomada de decisão e experiência que os enfermeiros especialistas demonstram no que diz respeito às respostas humanas aos processos de vida e de saúde/doença.

Quanto à sala de emergência, de acordo com Antunes & Costa (2022), a abordagem deve ser sistematizada e ordenada, determinando as prioridades das intervenções de enfermagem. Essa abordagem é facilitada usando o acrónimo ABCDE (A – *Airway*; B – *Breathing*; C – *Circulation*; D – *Disability*; E – *Exposure*), considerada como uma ferramenta

primordial, que permite ordenar e sistematizar as intervenções, bem como, determinar as prioridades na assistência à PSC (Antunes & Costa, 2022).

De acordo com o artigo 13º, do Despacho n.º 10319/2014, relativo aos sistemas de resposta rápida (vias verdes), a implementação das vias verdes deve ser continuada e intensificada, considerando-se que o processo de encaminhamento através da via verde deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, devendo o sistema hospitalar e pré-hospitalar garantir a correta articulação, continuidade e integração de cuidados.

O SUMC, onde se realizou a primeira parte do estágio, tem implementadas as seguintes vias verdes: via verde trauma (Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 2010); via verde sépsis (Norma n.º 010/2016); via verde acidente vascular cerebral (Norma n.º 015/2017) e via verde coronária (Norma n.º 002/2018).

No que diz respeito à via verde coronária (Norma n.º 002/2018), existe um algoritmo na triagem de *Manchester* intitulado “Dor Torácica”, com o discriminador de “Dor precordial” indicando uma prioridade com a cor de pulseira laranja (Manchester Triage System, 2022). A sintomatologia mais frequente nos casos do SCA referem-se a dor, dispneia e disritmia, sendo considerados como prioridade elevada no sistema de triagem (Byrne et al., 2023).

Para Ibanez et al. (2018), após o diagnóstico de EAM com supra-desnívelamento de ST, através de uma electrocardiograma de 12 derivações nos 10 primeiros minutos após a identificação da sintomatologia, a revascularização deve ser iniciada até 12 horas após o início dos sintomas. O seu tratamento de eleição é a revascularização por ICP, tendo um tempo ideal de duas horas após o diagnóstico (Byrne et al., 2023).

Neste SUMC, as PSC com este diagnóstico de EAM, eram referenciadas e transferidas para outra instituição em tempo útil, visto que a instituição onde decorria o estágio não proporcionava a prestação de cuidados em contexto de centro de hemodinâmica.

Porém, uma vez que uma outra parte considerável do estágio foi realizada num centro de hemodinâmica, foi possível acompanhar e prestar cuidados de enfermagem especializados, em momentos diferentes, às PSC com diagnóstico de EAM. Na UDIC, sempre que era necessária a realização de uma ICP urgente, no período diurno, esta era assegurada pela equipa destacada para o laboratório de hemodinâmica, por outro lado, no período noturno era ativada a equipa de prevenção. Desta forma, foi-me possível presenciar a transmissão de informação e transição de cuidados entre equipas, identificando a aplicabilidade da ferramenta ISBAR como metodologia utilizada (DGS, 2017a).

Adicionalmente, constatou-se a importância dos familiares/pessoa significativa, no que diz respeito ao suporte emocional e informativo (história da doença atual, avaliação e

interpretação dos sinais e sintomas manifestados) pois são um elo essencial do cuidado e que se deseja que estejam incluídos no processo de cuidados quando a PSC não pode, autonomamente, fornecer informações sobre a sua condição de saúde/doença e os seus desejos relativamente aos cuidados a serem implementados (Alcindor & Cadet, 2020; Bourgault, 2019; Caires et al., 2021).

Em suma, os estágios permitiram o desenvolvimento de competências, como: 1) gerir a comunicação interpessoal fundamental para a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e 2) prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (OE, 2018), tanto no SUMC como na UDIC. Como forma de colmatar as dificuldades sentidas, ressalva-se a aquisição de conhecimentos através da evidência científica pertinente, tendo como foco o desenvolvimento de uma prática baseada/informada na evidência.

3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O enfermeiro especialista, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, atua concebendo, planeando e gerindo a resposta de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

De acordo com a Lei n.º 27/2006, uma situação de catástrofe caracteriza-se por ser um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

Uma situação de exceção, fundamentalmente, é uma situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos humanos e técnicos disponíveis (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012).

Face à catástrofe, esta pode ter como origem: desastres naturais, eventos biológicos (pandemias), acidentes graves e elementos hostis (International Strategy for Disaster Reduction, 2009).

De acordo com a OE (2018), o enfermeiro especialista deve ser capaz de: 1) cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; 2) conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; 3) planejar respostas às situações de catástrofe; 4) gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; e 5) assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de

prática de crime. Enaltecendo a importância da intervenção dos enfermeiros especialistas numa situação de catástrofe e/ou exceção, o *International Council of Nurses* (ICN) (2019a), definiu um conjunto de competências essenciais aos enfermeiros especialistas, face à sua potencial atuação neste tipo de situações, divididas em 4 áreas: 1) mitigação/prevenção; 2) preparação; 3) resposta e 4) recuperação/reabilitação. Estas áreas, contemplam competências em oito domínios: 1) preparação; 2) comunicação; 3) gestão de incidentes; 4) segurança e proteção; 5) avaliação; 6) intervenção; 7) recuperação e 8) lei e ética.

Da mesma forma, outras instituições têm feito referência face à mesma temática, nomeadamente a *International Classification for Nursing Practice* (ICNP) (2017), realizando um catálogo, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para a prática assistencial de enfermagem numa situação de catástrofe com foco numa padronização da prestação de cuidados em futuras situações deste tipo.

Ao longo do período de estágio, não se evidenciaram situações de catástrofe ou exceção, contudo através da entrevista informal à equipa do SUMC e da consulta do regulamento interno das instituições onde decorreram os estágios (documento oficial), constata-se a existência de um plano de emergência de origem externa com o objetivo de garantir a eficácia da estrutura, das condições e dos recursos de forma a dar resposta a uma situação de exceção ou catástrofe. Este plano desenvolve-se em três fases: alerta, alarme e execução, sendo coordenado pelo gabinete de crise (coordenador do plano é o diretor do serviço de urgência e o coordenador dos recursos humanos e materiais é o enfermeiro gestor do serviço de urgência). Salienta-se a formação dos profissionais de saúde face a esta temática, através de simulacros internos e externos, com colaboração de entidades externas.

Através de um estudo realizado por Mota et al. (2021) sobre a simulação no ensino de enfermagem, os autores consideram que este tipo de metodologia é facilitador da aprendizagem.

Para os mesmos autores, no ensino pós-graduado destaca-se a importância de a simulação ser incorporada no processo de aprendizagem dos profissionais, com intuito da melhoria contínua da prática assistencial baseada na melhor evidência científica (Mota et al., 2021).

Assim, apesar de não se ter vivenciado situações de catástrofe ou exceção ao longo do estágio, a aquisição de conhecimentos que fomentem o desenvolvimento desta competência revela-se importante na medida em que, num futuro e na possibilidade da existência deste tipo de situações, os enfermeiros especialistas em EMC na área de especialização de enfermagem à PSC são elementos fundamentais na organização das instituições quando ativadas para a assistência a um grande fluxo de vítimas (International

Council of Nurses [ICN], 2019a). Para Hutton et al. (2016), as competências de enfermagem na área da catástrofe e exceção foram identificadas como sendo essenciais para um planeamento, educação e preparação das populações e organizações para as possíveis situações de catástrofe e exceção.

Assim, realça-se a importância da simulação e formação em catástrofe para os enfermeiros, visto ser importante na medida em que permite o desenvolvimento das competências essenciais à organização e desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem em contexto de catástrofe (Hutton et al, 2016; Mota et al, 2021).

3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência de antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas

O enfermeiro especialista, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recursos a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da PSC e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de RAM (OE, 2018).

Reconhece-se as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) (DGS, 2012) e os feixes de intervenções como essenciais para a prevenção e controlo da infeção. De acordo como a DGS (2012; 2017b), as PBCI traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo a minimização do risco de infeção e da transmissão cruzada. Estas, incidem sobre os seguintes padrões de qualidade: 1) avaliação individual do risco de infeção na admissão da pessoa doente e colocação/isolamento das pessoas doentes; 2) higiene das mãos; 3) etiqueta respiratória; 4) utilização de equipamentos de proteção individual; 5) descontaminação do equipamento clínico; 6) controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; 7) manuseamento seguro da roupa; 8) gestão adequada dos resíduos; 9) práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e 10) prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2012; 2017b).

Face aos feixes de intervenção, estes são um conjunto de intervenções, que, quando agrupadas e implementadas de uma forma integrada, no mesmo tempo e espaço, promovem melhor resultado e têm como objetivo assegurar que as pessoas doentes recebam

tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente (DGS, 2015d).

Embora estes feixes de intervenções façam sentido em todo o contexto do SUMC, escolheu-se a SE para o planeamento e implementação de uma intervenção em contexto de estágio, dado que foi uma recomendação que decorreu das entrevistas informais aos profissionais do SUMC, bem como, por ter sido o local identificado pelos mesmos como aquele em que há recurso à utilização de mais técnicas invasivas. Neste sentido, os profissionais destacaram os seguintes feixes de intervenções: 1) feixe de intervenções de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical; 2) feixe de intervenções de prevenção de PAI e 3) feixe de intervenções de prevenção de infeção relacionada com o CVC (DGS, 2015a; 2015b; 2015c).

Enaltece-se a formação realizada sobre este tema face ao anteriormente exposto e também porque decorria de um dos objetivos de estágio, cumprindo assim com os padrões de qualidade no âmbito da especialidade, em particular com o padrão da qualidade com o enunciado descritivo *“a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados,”* promovendo desta forma a melhoria na qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem (OE, 2017b).

A Infeção do trato urinário representa cerca de 40% do total de IACS diagnosticadas, sendo 80% relacionadas ao uso de cateter vesical (Mota & Oliveira, 2019), o que justifica a opção da equipa por incluir este feixe de intervenção na formação.

Face ao 1º feixe de intervenções (DGS, 2015a), as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem presentes na SE, passavam por: 1) avaliação da necessidade de colocação de cateter vesical à PSC; 2) ter condições para o cumprimento da técnica assética em contexto de SE, e 3) informações sobre a conexão ao sistema de drenagem. Após a realização da formação e com base na observação direta, a equipa relevou a preocupação na implementação das seguintes intervenções: 1) utilização de uma técnica limpa na manipulação do cateter vesical e no sistema de drenagem, sendo colocado de forma segura e com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e 2) esvaziado sempre que detinha uma quantidade de 2/3 da sua capacidade (DGS, 2015a).

No que concerne ao 2º feixe de intervenções (DGS, 2015b), a equipa de enfermagem demonstrava preocupação quanto: 1) nível de sedação da PSC intubada e 2) à avaliação da pressão existente no *cuff* (entre 20-30cm H2O) após a colocação do tubo endotraqueal. Depois da realização da formação e durante a permanência da PSC na SE, constatou-se uma alteração de comportamento relativamente à equipa de enfermagem no que concerne à lavagem da cavidade oral com soluções colutórias autorizadas com Nomenclatura

Portuguesa de Dispositivos Médicos (a octenidina) e à elevação da cabeceira do leito (a 30º) para a aspiração de secreções, revelando assim eficácia da formação e o cumprimento das orientações determinadas pela DGS (2015b).

De acordo com um estudo realizado por Cruz & Martins (2019), a verificação da pressão do *cuff*, a elevação da cabeceira para aspiração da PSC e a ausência de técnica asséptica na aspiração de secreções foram os cuidados de enfermagem que registaram uma menor taxa de cumprimento. De todas as medidas de prevenção da PAI, as mais utilizadas são as que decorrem da prestação dos cuidados de enfermagem, enaltecendo assim a importância da formação a este grupo de profissionais (Cruz & Martins, 2019).

Face ao 3º feixe de intervenção (DGS, 2015c), a equipa de enfermagem demonstrava na sua prática a lavagem das mãos e a utilização de uma técnica asséptica na manipulação do CVC, assim como, a adoção de barreiras de proteção individual durante a sua colocação e manipulação, cumprindo assim as recomendações propostas pela DGS (2015c), demonstrando alteração nas suas práticas que decorreram da formação executada.

De acordo com um estudo realizado por Pires et al. (2021), as intervenções mais frequentes, realizadas por enfermeiros, face à prestação de cuidados à PSC com CVC vão de encontro com o feixe de intervenções publicado pela DGS (2015c), nomeadamente, no que diz respeito à higienização das mãos, à utilização das precauções de barreira, à antisepsia e otimização do local de inserção do CVC e à ponderação diária da necessidade de manter o CVC.

Quanto ao contexto da UDIC, face à necessidade identificada e discutida com a enfermeira tutora, emergiu o tema sobre a avaliação e tratamento da ferida cirúrgica na consulta de enfermagem 10 dias após a procedimento, revelando preocupação da equipa de enfermagem no cumprimento das intervenções enunciadas no feixe de intervenções de prevenção de infeção do local cirúrgico, nomeadamente: 1) face à profilaxia antibiótica; 2) à realização de tricotomia quando absolutamente necessária; 3) à preparação da pele da PSC e 4) à manutenção da homeostasia no intra e pós procedimento (DGS, 2015d).

Face a um estudo realizado por Martins et al. (2020), foram identificadas intervenções de enfermagem que contribuem para uma redução da infeção do local cirúrgico, corroborando as intervenções enunciadas no feixe de intervenções (DGS, 2015d), nomeadamente: antibioterapia profilática, banho de cloro-hexidina a 2%, higienização das mãos, cumprimento da técnica asséptica durante o procedimento, troca de luvas na transição de uma área com maior grau de contaminação para uma área de menor grau, manutenção da homeostasia no pós procedimento e uso de técnica asséptica na prestação de cuidados a ferida cirúrgica.

Para a *National Healthcare Safety Network* (NHSN) (2017), a taxa de infecção do local cirúrgico, a nível mundial, era de 1.9% do total de infeções, com complicações em 16.147 das pessoas doentes.

Enaltecendo esta cultura de segurança e de forma a prevenir as IACS, de acordo com um estudo realizado por Gonçalves & Carmo (2022), as IACS: 1) aumentam os custos financeiros associados ao internamento hospitalar; 2) aumentam o tempo de internamento hospitalar; 3) aumentam os custos com utilização de antimicrobianos; 4) aumentam a taxa de mortalidade; 5) aumentam os custos com exames complementares de diagnóstico; 6) aumentam a probabilidade de desenvolvimento de outras complicações e 7) aumentam a possibilidade de reinternamento.

Desta forma, o enfermeiro especialista ao conhecer melhor a evidência disponível bem como, ao demonstrar perícia no diagnóstico das pessoas doentes e das necessidades da equipa, está a demonstrar habilidades técnico-científicas que garantam a implementação dos feixes de intervenção, sendo por tudo isto um agente fundamental para prevenção e controlo das IACS, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados à PSC.

4. Considerações finais

Ao longo da análise crítico-reflexiva realizada durante este relatório, e informada em evidência, enaltece-se que o estágio no SUMC e na UDIC, permitiu a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC. Reconhece-se que a especificidade da PSC, exige que o enfermeiro seja capaz de recrutar um conjunto de conhecimentos, que demonstre habilidade no processo de tomada de decisão perante situações críticas e que seja capaz de deter um elevado conhecimento de si mesmo que o capacite para a gestão das emoções e conflitos que decorrem da prática clínica. Para além disto, a capacidade de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, tornam-se essenciais. Em suma, o conjunto destas condições, garante o cumprimento dos padrões de qualidade no âmbito da especialidade e com isso o cumprimento do mandato social da enfermagem.

Simultaneamente, o Decreto de Lei n.º 65/2018, referente ao título de mestre, pressupõe a demonstração de habilidades e de conhecimentos sobre os métodos científicos como forma de produzir conhecimento e assim conseguir a atribuição do grau de mestre.

Algumas foram as dificuldades sentidas ao longo deste período, nomeadamente face à integração nos diferentes contextos de estágio e à conciliação com vida profissional e pessoal. Contudo através da capacidade de resiliência e motivação estas foram ultrapassadas.

Portanto, a realização destes estágios permitiu consolidar e enriquecer o conhecimento existente, além de adquirir novas competências. Este processo visou o desenvolvimento de habilidade pessoais e técnicas reflexivas específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC, com foco na pessoa doente e/ou família que enfrenta um processo complexo de transição. Baseando-se em evidência científica, o objetivo foi alcançar uma prática de enfermagem avançada que assegure a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Um novo caminho profissional se inicia, com a responsabilidade de tornar o contexto prático mais especializado, informado/baseado na evidência, contribuindo para a translação segura do conhecimento científico para a prática clínica, assegurando e zelando pela qualidade dos cuidados prestados e cumprindo assim com o mandato social da profissão.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento – As doenças do foro cardiovascular continuam a ser a principal causa de morte no mundo. No que concerne às técnicas e procedimentos de revascularização do miocárdio, a intervenção coronária percutânea é a eleita. Os diagnósticos de enfermagem são um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca da condição da pessoa após a sua avaliação.

Objetivo – Mapear os diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a intervenção coronária percutânea (ICP).

Metodologia - *Scoping Review* que segue as orientações do Joanna Briggs Institute e que parte da questão: Quais os diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a Intervenção Coronária Percutânea? A estratégia (P)opulação, (C)onceito, (C)ontexto definiu os critérios de inclusão e exclusão. A pesquisa foi efetuada a partir *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e CINAHL* (via EBSCOhost) e *MEDLINE* (via PubMed). A seleção dos artigos seguiu recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR statement).

Resultados – De um total de 36 estudos foram incluídos 7 nesta *scoping review*. Identificaram-se 38 diagnósticos de enfermagem, dos quais 34 seguem a taxonomia NANDA. Dos 38 diagnósticos identificados foi possível formular 31 de acordo com a terminologia CIPE. Foram identificados os seguintes modelos: Orem, Virginia Henderson e de Calista Roy, bem como a teoria de Marjory Gordon.

Conclusão – A atividade diagnóstica dos enfermeiros decorre no pré, intra e pós procedimento. Fundamenta-se em modelos teóricos de enfermagem, recorre à taxonomia NANDA, dá resposta às principais complicações que decorrem da ICP e contribui para a redução dos riscos decorrentes da ICP, para a promoção do bem-estar psicológico e para a qualidade de vida. Sugere-se o desenvolvimento de estudos primários, experimentais e longitudinais, de maior nível de evidência e robustez metodológica no âmbito da atividade diagnóstica dos enfermeiros no contexto da ICP.

Palavras-chave – Nurses; Nursing diagnosis; Percutaneous Coronary Intervention; Nursing Terminology;

2. Abstract

Background – cardiovascular diseases continue to be the leading cause of death in the world. As far as myocardial revascularisation techniques and procedures are concerned, percutaneous coronary intervention is the one of choice. Nursing diagnoses are a label given by a nurse who makes a decision about the person's condition after assessing them.

Objective - To map the nursing diagnoses identified in the care of people undergoing percutaneous coronary intervention.

Methodology - Scoping Review, which follows the guidelines of the Joanna Briggs Institute and is based on the question: What nursing diagnoses have been identified in the care of people undergoing Percutaneous Coronary Intervention? The (P)opulation, (C)oncept, (C)ontext strategy defined the inclusion and exclusion criteria. The search was carried out using *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive and CINAHL (EBSCOhost)* and *MEDLINE, (PubMed)*. The selection of articles followed the recommendations of the *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR statement).

Results – Of a total of 36 studies, 7 were included in this scoping review. 38 nursing diagnoses were identified, 34 of which follow the NANDA taxonomy. Of the 38 diagnoses identified, 31 could be formulated according to the ICNP taxonomy. The following models were identified: Orem's, Virginia Henderson's and Calista Roy's models, as well as Marjory Gordon's theory.

Conclusion – The nurses diagnostic activity takes place before, during and after the procedure. It is based on theoretical nursing models, uses the NANDA taxonomy, responds to the main complications arising from PCI and contributes to reducing the risks arising from PCI, promoting psychological well-being and quality of life. We suggest the development of primary, experimental and longitudinal studies with a higher level of evidence and methodological robustness in the field of nurses' diagnostic activity in the context of PCI.

Keywords – Nurses; Nursing diagnosis; Percutaneous Coronary Intervention; Nursing Terminology;

3. Fundamentação/enquadramento teórico

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, originando em média a morte a 17.9 milhões de pessoas por ano. São caracterizadas por alterações a nível cardíaco e vascular, incluindo doenças coronárias, cerebrovasculares e cardíacas reumáticas (WHO, 2017).

Importa por isso distinguir os conceitos, cardiopatia isquémica ou doença isquémica do coração e EAM. A cardiopatia isquémica refere-se à doença cardíaca causada pela redução de fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco devido à obstrução das artérias coronárias e que pode incluir como por exemplo a angina estável (Byrne et al., 2023). Por sua vez, o EAM ocorre quando há obstrução completa de uma artéria coronária, resultando na morte das células do músculo cardíaco devido à falta de oxigénio. Portanto a isquemia cardíaca ou doença isquémica cardíaca é a condição subjacente que pode levar ao EAM (Byrne et al., 2023).

Na Europa existe uma tendência global para uma diminuição da mortalidade associada à cardiopatia isquémica durante as três últimas décadas. Em 2017, a cardiopatia isquémica (doença isquémica do coração) era responsável por 1.8 milhões de mortes ou por 20% de todas as mortes na Europa, ainda que com grandes variações entre países (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017). Em Portugal, a taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica do coração foi em 2011 de 49.1% e em 2015 de 51.1%; a taxa de mortalidade padronizada por EAM em 2011 de 31.9% e em 2015 de 30.3% e o número de internamentos por EAM em 2011 de 12.093 (resultando em 1051 óbitos) e em 2016 de 11.510 (resultado em 849 óbitos) (Ferreira & Macedo, 2017).

A cardiologia de intervenção tem evoluído ao longo dos últimos anos, sendo atualmente a revascularização do miocárdio o tratamento mais utilizado nos SCA e na doença arterial coronária (DAC), devendo-se ao grande desenvolvimento tecnológico dos dispositivos percutâneos, à evolução das técnicas de tratamento e principalmente, à expansão das suas indicações pela sua eficácia e segurança no acompanhamento posterior da pessoa (Feres et al., 2017). A intervenção coronária percutânea, é o procedimento eleito para o tratamento da DAC, demonstrando ser efetiva na revascularização coronária, apresentando taxas de sucesso de 98.1% (Sá et al., 2015; Byrne et al., 2023). Em Portugal, em 2021, realizaram-se 8.201 ICP eletivas, mais 217 do que em 2022, e 3.802 ICP primárias, mais 90 que em 2022 (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2023).

Segundo Gomes et al. (2018), as principais complicações da ICP são: enfarte do miocárdio pós-procedimento, acidente vascular cerebral, complicações vasculares, nefropatia causada pelo contraste, hemorragia e cirurgia de revascularização de emergência/urgência. Desta forma, o enfermeiro pode assumir um papel preponderante na identificação e prevenção de complicações associadas à ICP.

A existência de uma consulta de enfermagem nos procedimentos realizados nestas unidades, têm impacto na redução da taxa de internamento, do nível de ansiedade, da dor, do risco de infeção, na taxa de isquemia do miocárdio, do tempo de internamento e numa maior satisfação por parte da PSC (Valverde Bernal et al., 2023), sendo da responsabilidade do enfermeiro:

“capacitar o utente para a aceitação do seu estado de saúde, assim como para a consciencialização da relação entre o estilo de vida e a progressão da sua doença cardiovascular, assegurando assim um adequado processo de transição saúde-doença do utente e sua família” (Homem, 2022, p.3).

Deste modo, o processo de enfermagem garante o diagnóstico, continuidade e a eficiência, garantindo assim a qualidade dos cuidados de enfermagem (Homem, 2022).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018):

“Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (p.19363).

Para Gomes et al. (2018), o papel do enfermeiro relativamente aos procedimentos hemodinâmicos desenvolve-se em três momentos: no pré, intra e pós-procedimento.

A intervenção especializada do enfermeiro na antecipação e identificação de complicações, quer locais quer sistémicas, deve proporcionar uma intervenção imediata para a sua resolução.

Os cuidados de enfermagem, assentam no processo de enfermagem, que se caracteriza por:

“utilizar metodologia científica, que inclui: a) a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; b) a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; c) a formulação de diagnósticos de enfermagem; d) a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; e) a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; f) a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções” (Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro).

Os cuidados de enfermagem operacionalizam-se nas intervenções quer autónomas, quer interdependentes realizadas pelos enfermeiros face às suas qualificações profissionais (OE, 2017b), e estão associados aos diagnósticos de enfermagem, apresentando integridade referencial para os mesmos.

De acordo com o ICN (2019b), um diagnóstico de enfermagem “é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação” (p.16).

A existência das taxonomias em enfermagem, na definição de diagnósticos, intervenções e resultados como: *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Interventions Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) respetivamente, constituem estratégias na padronização da linguagem ao longo de todo o processo de enfermagem, uniformizando todos os dados e permitindo assim a sua utilização internacional (Pereira et al., 2010).

Adicionalmente, a utilização da terminologia CIPE, proporcionou a organização e o desenvolvimento do pensamento clínico da prática dos enfermeiros ao longo de todo o processo de cuidar, através de uma correlação concreta entre a avaliação clínica, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem, assentes numa base teórica (Dal Sasso et al., 2013)

Simultaneamente, destaca-se a Teoria das Transições de Meleis (2011) enquanto alicerce teórico que se encontra na base dos sistemas de informação em enfermagem (Nascimento et al., 2021). As transições são descritas como a passagem de um estado de estabilidade para um estado de instabilidade, representadas por mudanças inevitáveis na vida da pessoa e/ou de seus familiares, e frequentemente envolvem uma transição entre os estados de saúde e doença (Meleis, 2011). Considerando a importância da identificação dos

diagnósticos de enfermagem alicerçada em modelos e teorias, no âmbito da PSC, pretende-se com esta *scoping review* mapear os diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a ICP.

4. Finalidade e objetivos

Esta *scoping review* teve como objetivo - mapear os diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a ICP.

Com a identificação dos diagnósticos de enfermagem da pessoa submetida a ICP, espera-se contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas dos enfermeiros, traduzida em indicadores de resultado que podem decorrer dos processos de enfermagem, em particular dos diagnósticos de enfermagem, bem como no reconhecimento de necessidades de investigação nesta área.

5. Metodologia

Esta *scoping review* teve como referência para a sua realização o método proposto pelo manual do JBI (Aromataris & Munn, 2020), encontrando-se registada no Open Science Framework (OSF) (da Silva Sá et al, 2024) e seguiu os pressupostos propostos por Peters et al. (2020). Partiu-se da seguinte questão de investigação: quais os diagnósticos de enfermagem identificados nos cuidados à pessoa submetida a ICP?

5.1. Desenho do estudo

Na definição dos critérios de inclusão, utilizou-se a mnemônica População, Conceito e Contexto (PCC) (Peters et al., 2020), que representam os critérios pelos quais os revisores consideraram os estudos para a inclusão na *scoping review*. A População: enfermeiros a exercer funções em serviços de hemodinâmica. O Conceito é representado pelos diagnósticos de enfermagem no âmbito da ICP. E o Contexto são os serviços de hemodinâmica que realizam ICP.

Os tipos de fontes incluíam: artigos escritos em português, inglês e espanhol; artigos que responderam à pergunta de investigação enunciada; estudos primários (do tipo quantitativa, qualitativo e misto) e secundários; documentos de texto e de opinião, ensaios clínicos e estudos encontrados nas referências bibliográficas secundárias.

Como critérios de exclusão foram definidos: artigos sem acesso a texto integral e que não respondessem à questão de investigação.

No que concerne à estratégia de pesquisa, esta foi realizada num processo de três fases: 1) identificaram-se os descritores *Medical Subject Hedings* (MeSH) e termos-chave relevantes para a pesquisa; 2) construção da frase booleana e 3) pesquisa em vários motores de busca/bases de dados com recurso à frase booleana construída previamente, bem como, o exame das listas de referências de todos os estudos selecionados para inclusão na *scoping review* (Peters et al., 2020).

A tabela 1 representa os descritores MeSH e termos-chave mais utilizados nos títulos e resumos dos artigos publicados sobre o tema a investigar.

	População	Conceito	Contexto
Descritores MeSH	"Nurses"	"Nursing diagnosis"	"Percutaneous Coronary Intervention"
	"Nursing"	"Nursing Terminology"	"Cardiac Catheterization"
		"Standardized Nursing Terminology"	
Termos-chave	"Taxonomy"		

Tabela 1- Descritores MeSH e Termos-Chave

Através dos descritores MeSH e termos-Chave, estruturou-se a frase booleana, recorrendo à conjugação dos operadores booleanos *AND*, *OR* e *NOT*, com os instrumentos adicionais parênteses, asterisco e aspas. Estes operadores permitiram definir a relação entre os descritores MeSH.

A pesquisa foi efetuada a partir das bases de dados *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e CINAHL*, ambas via *EBSCOhost* e *MEDLINE* via *PubMed* e teve em consideração as especificidades de cada base de dados/motor de busca utilizado para a realização da revisão.

No apêndice IV é possível consultar a frase booleana utilizada nas diferentes bases de dados.

A seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: identificação, seleção e inclusão. Foi realizada uma análise dos resultados de acordo com o título, resumo e leitura do texto integral que colmatou na eliminação dos artigos que não cumpriam os critérios de inclusão. Os artigos que integraram todos os critérios de inclusão passaram para a fase de extração de dados. Foram mapeadas as referências secundárias não tendo sido incluído qualquer documento.

Este processo foi realizado por 2 revisores de forma individualizada com recurso à ferramenta digital *ZOTERO*®. A exclusão de artigos foi registada e fundamentada na *scoping review*, através do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR statement) (Page et al., 2021).

A extração dos dados dos artigos, incluídos na *scoping review*, foi efetuada a partir de uma ferramenta em *Microsoft Word*® construída para o efeito pelos autores e seguiu as orientações proposta pelo manual do JBI (Aromataris & Munn, 2020). A extração dos dados forneceu um resumo descritivo lógico dos resultados e que permitiu responder ao objetivo e questão de investigação.

No apêndice V pode ser consultado o quadro que serviu para extração de dados, dos artigos que integraram a revisão.

5.2. *Considerações éticas*

Os investigadores comprometeram-se a cumprir todos os pressupostos éticos inerentes ao método de investigação proposto. Desse modo, esses aspetos foram assegurados através do rigor da metodologia de pesquisa efetuada, da adequada referência e do rigor no tratamento e apresentação dos dados garantindo assim a fiabilidade e a fidelidade da informação contida no estudo.

6. Resultados

Os resultados da seleção da evidência foram apresentados através de um fluxograma, tendo por base as recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR statement) (Page et al., 2021), que pode ser consultado no Anexo III. Foram incluídos 7 estudos primários nesta *scoping review*.

No quadro 1 é possível consultar a apresentação dos resultados que decorreu da recolha de dados dos estudos que integraram a revisão.

Quadro para apresentação dos resultados	
Estudo (E) 1	
Primeiro Autor	Luciano Lima
Ano	2006
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (Joanna Briggs Institute [JBI], 2013)	Estudo qualitativo (tipo estudo de caso) Nível 4.d
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos de Enfermagem	Integridade do tecido prejudicada; Risco para infeção; Dor aguda; Mobilidade física prejudicada; Déficit de autocuidado no banho; Eliminação urinária prejudicada; Conhecimento deficiente; Risco para lesão; Autogestão ineficaz da saúde; Risco de excesso de peso; Ansiedade; Medo; Padrão do sono perturbado; Perfusão tecidual periférica inefetiva; Comportamentos de manutenção doméstica ineficazes; Baixa autoestima situacional; Desesperança; Risco para solidão; Risco de diminuição do débito cardíaco; Integridade da pele prejudicada; Perceção sensorial auditiva perturbada; Comportamento de busca de saúde percebido;
E 2	
Primeiro Autor	Ingrid Rovira Vilamala
Ano	2021
Desenhos dos estudos/ Nível de Evidência (JBI, 2013)	Estudo de caso Nível 4.d
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos de Enfermagem	Diminuição do débito cardíaco; Risco de disfunção neurovascular periférica; Risco de infeção; Ansiedade; Risco de sangramento;
E 3	
Primeiro Autor	Eunice Moreira Aquino
Ano	2014
Desenhos dos estudos/ Nível de Evidência (JBI, 2013)	Estudo exploratório descritivo Nível 5.b
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos de Enfermagem	Mobilidade na cama prejudicada; Risco de perfusão renal ineficaz; Risco de reação adversa ao meio de contraste iodado; Risco de perfusão tecidual periférica ineficaz; Risco de infeção; Risco de sangramento; Risco de integridade da pele prejudicada; Dor aguda; Conforto prejudicado;
E 4	
Primeiro Autor	Eduardo Tavares Gomes

Ano	2018
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Revisão integrativa da literatura Não aplicável nível
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos de Enfermagem	Eliminação urinária prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Risco de diminuição da perfusão do tecido cardíaco; Risco de perfusão de tecido cerebral ineficaz; Diminuição do débito cardíaco; Confusão aguda; Integridade da pele prejudicada; Integridade do tecido prejudicada;
E 5	
Primeiro Autor	Itziar López Zarrabeitia
Ano	2016
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Estudo de caso Nível 4.d
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos de Enfermagem	Medo; Conhecimento deficiente; Risco de disfunção neurovascular periférica;
E 6	
Primeiro Autor	Maria Célia de Freitas
Ano	2006
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Estudo tipo transversal Nível 4.b
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos de Enfermagem	Ansiedade; Medo; Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde; Processos familiares interrompidos;
E 7	
Primeiro Autor	Tânia Chianca
Ano	2006
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Múltiplos estudos de caso Nível 4.d
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos de Enfermagem	Integridade do tecido prejudicada; Risco de infecção; Dor aguda; Mobilidade física prejudicada; Déficit no autocuidado; Risco de lesão;

Quadro 1 - Apresentação dos resultados

Por forma a facilitar a identificação dos diagnósticos e responder de forma objetiva à questão inicialmente colocada, na tabela 2 pode ser consultado o conjunto de diagnósticos mapeados na literatura. Uma vez que os diagnósticos mapeados se encontram identificados de acordo com a taxonomia NANDA, optou-se por fazer uma tradução dos mesmos para a terminologia CIPE e respetivo código de identificação, já que esta integra os sistemas de informação em enfermagem em Portugal.

E	Diagnóstico NANDA (Herdman et al., 2021)	Diagnóstico CIPE (ICN, 2019)	Código CIPE (ICN, 2019)
E1; E2; E3; E7	Risco de infeção	Risco de infeção	10015133
E1; E4; E7;	Integridade do tecido prejudicada	Integridade dos tecidos comprometida	10001080
E1; E3; E7;	Dor aguda	Dor aguda	10000454
E1; E7;	Mobilidade física prejudicada	Mobilidade comprometida	10001219
E1; E4;	Eliminação urinária prejudicada	Eliminação urinária comprometida	10021790
E1; E5;	Conhecimento deficiente	Falta de conhecimento	10000837
E1; E7;	Risco de lesão	Risco de lesão	10015146

E1;	Autogestão ineficaz da saúde	Não aplicável	Não aplicável
E1;	Risco de excesso de peso	Elevada ingestão nutricional comprometida	10025535
E1;	Déficit de autocuidado no banho	Capacidade para tomar banho comprometida	10000956
E1; E2; E6;	Ansiedade	Ansiedade	10000477
E1; E5; E6;	Medo	Medo	10000703
E1;	Padrão de sono perturbado	Sono comprometido	10027226
E1; E4;	Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele comprometida	10001290
E1;	Perfusão tecidual periférica inefetiva	Perfusão dos tecidos periféricos comprometida	10044239
E1;	Baixa autoestima situacional	Baixa autoestima situacional	10000844
E1;	Desesperança	Falta de esperança	10000742
E1;	Risco de solidão	Risco de solidão	10015179
E1;	Risco de diminuição do débito cardíaco	Risco de função cardíaca comprometida	10037314
E1;	Comportamentos de manutenção doméstica ineficazes	Não aplicável	Não aplicável
E2; E4;	Diminuição do débito cardíaco	Débito cardíaco comprometido	10025557
E2; E5;	Risco de disfunção neurovascular periférica	Função neurovascular periférica comprometida	10023153
E2; E3;	Risco de sangramento	Risco de hemorragia	10017268
E3;	Mobilidade na cama prejudicada	Mobilidade na cama comprometida	10001067
E3;	Risco de reação adversa ao meio de contraste iodado	Não aplicável	Não aplicável
E3;	Risco de perfusão tecidual periférica ineficaz	Não aplicável	Não aplicável
E3;	Risco de integridade de pele prejudicada	Risco de integridade da pele comprometida	10015237
E3;	Conforto prejudicado	Desconforto	10023066
E4;	Padrão respiratório ineficaz	Função do sistema respiratório comprometida	10023362
E4;	Risco de diminuição da perfusão do tecido cardíaco	Não aplicável	Não aplicável
E4;	Risco de perfusão de tecido cerebral ineficaz	Não aplicável	Não aplicável
E4;	Confusão aguda	Confusão aguda	10000449
E6;	Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde	Manutenção da saúde comprometida	10000918
E6;	Processos familiares interrompidos	Processo familiar interrompido	10000788

Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia NANDA e terminologia CIPE.

Na tabela 3 é possível consultar os diagnósticos identificados na literatura apenas com tradução para a terminologia CIPE e com o respetivo código de identificação. Este conjunto de diagnósticos, não se encontram contemplados na taxonomia NANDA.

E	Diagnóstico	Diagnóstico CIPE (ICN, 2019)	Código CIPE (ICN, 2019)
E1;	Percepção sensorial auditiva perturbada	Audição comprometida	10022544
E1;	Comportamento de busca de saúde percebido	Comportamento de procura de saúde	10000735
E7;	Déficit no autocuidado	Défice no autocuidado	10023410
E3;	Risco de perfusão renal ineficaz	Não aplicável	Não aplicável

Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem não integrantes na taxonomia NANDA, contudo com alguns integrantes na terminologia CIPE.

7. Discussão

Da análise da amostra desta *scoping review*, os estudos integrados contemplam um período temporal entre 2006 e 2021, nos países do Brasil (Aquino et al., 2014; Chianca et al., 2006; Freitas, 2006; Gomes et al., 2018; Lima et al., 2006) e Espanha (Vilamala et al., 2021; Zarrabeitia, 2016). O nível de evidência varia entre o nível 5 e o nível 4.b (JBI, 2013).

“Risco de infecção” foi o diagnóstico de enfermagem mais vezes registrado, aparecendo em 4 estudos (Aquino et al., 2014; Chianca et al., 2006; Lima et al., 2006; Vilamala et al., 2021). Apesar de a infecção ser uma complicação incomum nas PSC submetidas a ICP, tem associado a si um pior prognóstico, bem como um aumento do tempo de internamento; por outro lado, é da responsabilidade do enfermeiro assegurar as PBCI (DGS, 2012) associado a este procedimento hemodinâmico, o que justifica este foco de vigilância por parte dos enfermeiros neste contexto (Banning et al., 2015; Chen et al., 2020; DGS, 2012).

Os sete estudos que fazem parte desta *scoping review* adotaram a taxonomia NANDA na formulação dos diagnósticos de enfermagem (Herdman et al., 2021). Esta é uma referência consolidada para a classificação dos diagnósticos de enfermagem, definindo-os como um julgamento com base no pensamento crítico do enfermeiro face a uma condição de saúde/processo de vida de uma pessoa/família ou comunidade (Herdman et al., 2021; Silva et al., 2019). Percebeu-se com esta *scoping review* que a terminologia CIPE (ICN, 2019) não apareceu em nenhum dos resultados, embora tenha sido desenvolvida com o objetivo de homogeneizar vocabulários com nomenclaturas mundialmente aceites, como forma de melhorar a assistência em saúde, compreendendo diagnósticos, intervenções e resultados em enfermagem (Figueira et al., 2018).

Este resultado vem reforçar que, tal como apontado por Figueira et al. (2018), a taxonomia mais utilizada internacionalmente assenta nos pressupostos da NANDA (Herdman et al., 2021). Porém, ao comparar a taxonomia NANDA (Herdman et al., 2021) e a terminologia CIPE (ICN, 2019) ressalva-se que, embora ambas tenham como finalidade agregar evidência à prática de enfermagem, a terminologia CIPE (ICN, 2019) parece estar mais centralizada na vertente da prevenção de foco primário e a taxonomia NANDA (Herdman et al., 2021) mais direcionada para a enfermagem hospitalar (Moura et al., 2014; Crivelaro et al., 2020). Contudo, foi possível identificar uma associação em 31 dos diagnósticos mapeados entre a taxonomia NANDA e a terminologia CIPE (Herdman et al., 2021; ICN, 2019).

Paralelamente, o referencial teórico de Meleis (2011) não foi identificado em nenhum dos estudos. Num dos estudos incluídos nesta *scoping review*, os autores basearam-se ao referencial teórico de Orem (Orem, 2001) para a formulação dos diagnósticos. Esta teoria baseia-se no Déficit de Autocuidado de Enfermagem, trazendo para a enfermagem um propósito para a sua prática, em promover ou devolver a capacidade de autocuidado à pessoa (Queirós et al., 2014; Orem, 2001). Destacam-se os seguintes diagnósticos face à teoria referida: “Integridade do tecido prejudicada; Risco para infeção; Dor aguda; Mobilidade física prejudicada; Déficit de autocuidado no banho; Eliminação urinária prejudicada; Conhecimento deficiente; Risco para lesão; Autogestão ineficaz da saúde; Risco de excesso de peso; Ansiedade; Medo; Padrão do sono perturbado; Perfusão tecidual periférica inefetiva; Comportamentos de manutenção doméstica ineficazes; Baixa autoestima situacional; Desesperança; Risco para solidão; Risco de diminuição do débito cardíaco; Integridade da pele prejudicada; Perceção sensorial auditiva perturbada; Comportamento de busca de saúde percebido” (Lima et al., 2006).

Por outro lado, num outro estudo (Freitas, 2006) foi possível identificar o referencial teórico do Modelo de adaptação de Calista Roy. De acordo com este modelo teórico, a pessoa emite respostas adaptativas ou ineficientes, considerando-se a saúde como um estado e um processo de ser. A enfermagem promove a adaptação da pessoa no meio, sendo necessária quando a adaptação não é suficiente face aos estímulos, estando ao alcance de enfermeiro auxiliar na devolução desta adaptação (Azevedo Pacheco Cardoso & Azevedo Pacheco, 2021). Os diagnósticos de enfermagem identificados face a este referencial teórico foram: “Ansiedade; Medo; Manutenção ineficaz da saúde; Processos familiares interrompidos” (Freitas, 2006).

Adicionalmente, em dois dos estudos integrantes na *scoping review*, a avaliação de enfermagem baseou-se, num deles, nas 14 necessidades humanas fundamentais do modelo de cuidados de enfermagem de Virginia Henderson (Vilamala et al., 2021) e, em outro, na teoria dos 11 padrões funcionais de saúde de Marjory Gordon (Zarrabeitia, 2016) para a formulação dos diagnósticos de enfermagem. De acordo com o primeiro modelo, as necessidades humanas fundamentais são: 1) respirar normalmente; 2) comer e beber de forma adequada; 3) eliminar; 4) movimentar-se e manter-se numa posição confortável; 5) dormir e descansar; 6) vestir-se e despir-se; 7) manter a temperatura corporal; 8) cuidados de higiene e proteção da pele; 9) evitar perigos; 10) comunicar; 11) praticar a crença religiosa; 12) trabalhar de forma a sentir-se realizado; 13) participar em atividades de recreação e 14) satisfazer a curiosidade, sendo consideradas como todas aquelas necessárias à pessoa para estabelecer o seu equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual (Henderson, 1958),

identificando-se neste estudo os seguintes diagnósticos: “Diminuição do débito cardíaco; Risco de disfunção neurovascular periférica; Risco de infeção; Ansiedade; Risco de sangramento” (Vilamala et al., 2021). Face à teoria dos 11 padrões funcionais de saúde de Marjory Gordon, os padrões funcionais são: 1) percepção e controlo da saúde; 2) nutricional-metabólico; 3) eliminação; 4) atividade e exercício; 5) sono e descanso; 6) cognição-percepção; 7) autopercepção e autoconceito; 8) relacionamentos; 9) sexualidade e reprodução; 10) adaptação – tolerância ao stress e 11) crenças e valores, podendo estes serem influenciáveis por fatores biológicos, culturais, sociais e espirituais, estando a sua funcionalidade dependente das atividades individuais, idade, nível de cuidado e aspetos socio-culturais (Bitencourt et al., 2023; Gordon, 1994). Estes padrões fornecem uma estrutura holística orientadora para a avaliação de uma pessoa doente (Gengo E Silva Butcher & Jones, 2021). No estudo, foram identificados os diagnósticos de enfermagem: “Medo; Conhecimento deficiente; Risco de disfunção neurovascular periférica” (Zarrabeitia, 2016).

A heterogeneidade de diagnósticos identificados através desta *scoping review*, bem como os modelos teóricos identificados na base da construção do processo de enfermagem, demonstram que a organização e o desenvolvimento do pensamento clínico na prática dos enfermeiros ao longo de todo o processo de cuidar, está assente numa correlação concreta entre a avaliação clínica, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem e que estes se fundamentam numa base teórica (Dal Sasso et al., 2013).

Os diagnósticos identificados demonstram ainda que o enfermeiro tem uma atividade diagnóstica comprovada pelos seus registos no pré, no intra e no pós procedimento hemodinâmico. Para Gomes et al. (2018), a preparação emocional dos utentes remete-se ao pré procedimento, enfatizando o foco dos enfermeiros sobre os processos psicológicos e a importância do apoio emocional providenciado à PSC submetida a ICP, já que é nesta fase, que o enfermeiro conhece “os temores, dúvidas e expectativas (...) face ao exame, tendo uma ação individualizada” (p.695). Neste sentido, foi possível com esta *scoping review*, identificar também diagnósticos que se podem enquadrar no pré procedimento, tais como: “Conhecimento deficiente; Medo; Ansiedade; Desesperança; Baixa autoestima situacional” (Lima et al., 2006; Zarrabeitia, 2016; Freitas, 2006; Vilamala et al., 2021).

Considerando-se as principais complicações da ICP, tais como: enfarte do miocárdio pós-procedimento, acidente vascular cerebral, complicações vasculares, nefropatia causada pelo contraste, hemorragia e cirurgia de revascularização de emergência/urgência (Gomes et al., 2018), percebeu-se com esta *scoping review* que os diagnósticos de enfermagem identificados na literatura, dão resposta às possíveis complicações da ICP, nomeadamente, todos os diagnósticos iniciados por “risco”, enaltecendo para uma prática de enfermagem

avanzada, informada na evidência e que garante a manutenção dos padrões de qualidade, nomeadamente na prevenção de complicações, já que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2017b, p.12).

A atividade diagnóstica e os cuidados de enfermagem daí decorrentes, são fundamentais para as PSC submetidas a ICP, já que contribuem para indicadores em saúde tais como: satisfação da PSC pelo aumento da literacia, educação e promoção da saúde (Zhang & Qi, 2021). Simultaneamente, os enfermeiros têm contribuído de forma significativa para a redução do risco (através da educação para a saúde na adoção de estilos de vida saudáveis e melhora do autocuidado), bem-estar psicológico e mental (a intervenção dos enfermeiros contribui para a redução da ansiedade, depressão e carga psicológica) e na qualidade de vida das PSC submetidas a ICP (Zhang & Qi, 2021).

8. Conclusão

Com a realização desta *scoping review*, identificaram-se 38 diagnósticos de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa submetida a ICP, conseguindo-se assim responder à questão de investigação enunciada e atingir o objetivo definido.

Embora não tivesse sido um objetivo desta *scoping review*, identificou-se que a taxonomia NANDA é a mais utilizada nos estudos internacionais. Adicionalmente, em alguns estudos os modelos teóricos que emergiram da literatura referiam-se ao modelo do défice do Autocuidado de Orem e ao modelo da adaptação de Calista Roy, e noutros estudos a avaliação de enfermagem que permitiu a identificação e formulação dos diagnósticos baseou-se no modelo de cuidados de enfermagem segundo as necessidades humanas fundamentais de Virginia Henderson e na teoria dos 11 padrões funcionais de saúde de Marjory Gordon.

A ICP tornou-se o tratamento de eleição para a pessoa com DAC, demonstrando-se efetiva na revascularização do miocárdio. Este procedimento tem complicações, sendo o enfermeiro um elemento fundamental na identificação e prevenção das mesmas, tendo-se identificado diagnósticos no pré, intra e pós procedimento.

Como principais limitações desta *scoping review*, destaca-se o nível de evidência dos estudos incluídos, o facto da pesquisa ter sido restrita a 3 bases de dados e a estricção de estudos à língua portuguesa, inglesa e espanhola, o que poderá ter contribuído para a exclusão de investigação relevante para a *scoping review*.

Através da identificação dos diagnósticos de enfermagem, espera-se que esta *scoping review* possa contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas de enfermagem e para os padrões de documentação em enfermagem, no âmbito das PSC submetidas a ICP. Sugere-se a realização de estudos primários, experimentais e longitudinais no âmbito dos diagnósticos de enfermagem da PSC submetida a ICP, por forma a garantir a translação do conhecimento para a prática clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da componente de estágio e o percurso realizado ao longo do SUMC e da UDIC permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências pessoais, científicas, técnicas e reflexivas quer no âmbito das competências comuns dos enfermeiros especialistas, quer no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização de enfermagem à PSC.

Os diferentes contextos onde decorreram os estágios permitiram experienciar novas oportunidades de aprendizagem, fomentando a aquisição de novos conhecimentos e a mobilização de outros já aprendidos. Refiro como dificuldade sentida a integração nos contextos de estágio. Contudo, enalteço a ajuda, empenho e simpatia das diferentes equipas como forma de me ajudarem a ultrapassar esta dificuldade.

Considero que, com o meu estágio em cada um dos diferentes contextos clínicos, consegui contribuir para a mitigação de algumas das necessidades identificadas, favorecendo uma prática clínica informada/baseada na evidência científica. Paralelamente, a presença nos dois eventos científicos (congressos), tanto em Leiria como em Aveiro, auxiliaram na aquisição de conhecimentos fundamentais para a realização das formações em cada contexto. Como limitação, destaco que no último contexto de estágio, face às contingências do plano de formação institucional, não foi possível agendar no cronograma das formações do serviço a sessão enunciada no objetivo de estágio. Contudo, esta foi construída e planeada com recurso a uma ferramenta de planeamento de sessão letiva, para que, em momento oportuno, possa ser apresentada. Juntamente com o planeamento da formação, foi construído um questionário para aplicação pré e pós formação e que serve de ferramenta de avaliação da sua eficácia.

A definição dos objetivos para cada local de estágio, permitiu orientar a minha intervenção, fundamentar e complementar a aquisição de conhecimentos, desenvolver o pensamento crítico-reflexivo e implementar uma prática avançada informada na evidência. O conjunto de habilidades e competências desenvolvidas permitiram alcançar os objetivos propostos.

Considerando a componente de investigação, juntamente com a capacidade de integração nos diferentes contextos de estágio, foi a que mais desafios me proporcionou ao longo de todo este percurso, sobretudo pela dificuldade em recrutar conhecimentos. Destaco ser a área que necessitou de um maior investimento para a sua operacionalização e atingimento dos objetivos planeados. Enalteço a orientação, dedicação e disponibilidade do

orientador deste documento ao longo de todo o percurso de estágio, fomentando momentos de reflexão e ajuda para o atingimento dos objetivos delimitados para este ciclo de estudos. Noutra perspetiva, foi um agente facilitador para a aquisição de conhecimentos e competências para uma fundamentação da prática clínica através da evidência científica.

Por fim, considero relevante mencionar que com esta formação tenciono investigar mais na procura do designo da ciência. Pretendo, no fim deste percurso, publicar os resultados obtidos através deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2015). *Redes de Referência Hospitalar*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Cardiologia_2015.pdf
- ACSS. (2019a). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- ACSS. (2019b). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Alcindor, M., & Cadet, M. (2020). Nurses consider family involvement as an important element of patient care. *Evidence-based nursing*, ebnurs-2020-103322. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103322>
- Antunes, A. S. M. ., & Costa, M. A. R. C. da . (2022). A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência uma revisão de escopo. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8(6), 549–580. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i6.5946>
- Aquino, E. M., Roehrs, H., & Méier, M. J. (2014). Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco em uma unidade de cardiologia. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 8(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i11a13617p3929-3937-2014>
- Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Azevedo Pacheco Cardoso, B., & Azevedo Pacheco, P. M. de. (2021). Os enfrentamentos vivenciados pelos clientes submetidos à hemodiálise sob a ótica do modelo de adaptação de callista roy uma revisão integrativa. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, 2(10), e210771. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i10.771>
- Azevedo, C., Graça, L., & Sousa, C. (2023). Percepção dos enfermeiros das competências de tomada de decisão na triagem de Manchester. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV123.13.29242>
- Bacalhau, L. M. V. (2014). *Cuidar centrado na dignidade*. (Doctoral dissertation. Universidade Católica Portuguesa (Portugal)) <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16385/1/203016645.pdf>
- Banning, A. P., Baumbach, A., Blackman, D., Curzen, N., Devadathan, S., Fraser, D., Ludman, P., Norell, M., Muir, D., Nolan, J., & Redwood, S. (2015). Percutaneous coronary intervention in the UK: Recommendations for good practice 2015. *Heart*, 101(Suppl 3), 1–13. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-307821>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.
- Bitencourt, G. R., Alfradique de Souza, P., Fábila de Melo Ferreira, A., Lima Riba Andrieto Fernandes, L., Santos da Silva, C., Simas de Souza, P., & Brandão dos Santos Fonseca Corrêa, D. (2023). Teoria de enfermagem padrões funcionais de saúde no contexto hospitalar: avaliação segundo Meleis. *Global Academic Nursing Journal*, 4(1), e336. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200336>
- Bourgault A. M. (2019). Are Patients and Family Members an Essential Aspect of Bedside Handoff?. *Critical care nurse*, 39(3), 10–12. <https://doi.org/10.4037/ccn2019481>
- Burkardt, M., & Nathaniel, A. (2001). *Ethics & Issues in Contemporary Nursing*. (2nd ed.). Delmar.

- Gengo E Silva Butcher, R. C., & Jones, D. A. (2021). An integrative review of comprehensive nursing assessment tools developed based on Gordon's Eleven Functional Health Patterns. *International journal of nursing knowledge*, 32(4), 294–307. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12321>
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G. A., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. A., Jüni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., Rigopoulos, A. G., ... ESC Scientific Document Group (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European heart journal*, 44(38), 3720–3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Caires, N. C., Correia, J. P., & Lohmann, C. (2021). Iniciar ou não a ventilação mecânica invasiva-uma aplicação dos quatro princípios éticos. *Cadernos de Saúde*, 13 (2), 56-61. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.10299>.
- Chen, P.-Y., Liu, Y.-H., Duan, C.-Y., Jiang, L., Wei, X.-B., Guo, W., Chen, J.-Y., Tan, N., & He, P.-C. (2020). Impact of infection in patients with non-ST elevation acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: Insight from a multicentre observational cohort from China. *BMJ Open*, 10(9), e038551. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038551>
- Chianca, T. C. M., Stival, M. M., & Pereira, S. V. M. (2006). The implementation of NANDA nursing diagnoses for patients after cardiac catheterization. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 17(1), 64-65.
- Choi, B. C., & Pak, A. W. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine. Medecine clinique et experimentale*, 29(6), 351–364. http://uvsalud.univille.edu.co/pdf/politica_formativa/documentos_de_estudio_referencia/multidisciplinarity_interdisciplinarity_transdisciplinarity.pdf
- Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde/Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional (1-26). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcqco-de-31032010-pdf.aspx>
- Crivelaro, P. M. da S., Fidelis, F. A. M., Siviero, M. R. da S., Borges, P. F. B., Gouvêa, A. H. M., & Papini, S. J. (2020). O processo de enfermagem e classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): Potencialidades na atenção primária / The nursing process and international classification for nursing practice (CIPE®): Potentialities in primary care. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 54085–54101. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-889>
- Cruz, J. R. M. D., & Martins, M. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 87-96. <https://doi.org/10.12707/RIV18035>
- Cunha Machado, J. P., da Silva, D. M., Souza, E., Pedron, C. D., Gallasch, C. H., & da Silva Thiengo, P. C. (2019). Percepção de enfermeiros de unidades de internação clínica sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Nursing (São Paulo)*, 22(257), 3220-3225. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3220-3225>
- da Silva Sá, B. M., da Costa Gomes, B. M., & Fajardo Gomes, A. J. (2024). Nursing diagnoses identified in the care of people undergoing percutaneous coronary intervention: a scoping review protocol. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/NW29U>
- Dal Sasso, G. T. M., Barra, D. C. C., Paese, F., Almeida, S. R. W. de, Rios, G. C., Marinho, M. M., & Debétio, M. G. (2013). Processo de enfermagem informatizado: Metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. *Revista da Escola*

- de *Enfermagem da USP*, 47, 242-249. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100031>
- Decreto-Lei n.º 161/1996 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República I Série*, n.º 205 (04-09-1996) (2959 – 2962). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República I Série*, n.º 181 (16-09-2015) (8059 – 8105). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República I Série*, n.º 157/2018 (16-08-2018) (4147-4182). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 de março (2002). Reorganização da urgência hospitalar, integrada no âmbito das linhas gerais definidas para a reforma do Serviço Nacional 77 de Saúde. *Diário da República I Série-B*, n.º 55 (06-03-2002). <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2002/03/055b00.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014). *Diário da República II Série*, n.º 153 (11-08-2014) (20673 – 20678). <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República II Série*, n.º 187 (24-09-2021) (96-103). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2012). Norma nº 029/2012, atualizada a 31 de outubro de 2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma nº 015/2013, atualizada a 01 de novembro de 2015. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2015a). Norma nº 019/2015 atualizado a 29 de agosto de 2022. *Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Direção-Geral de Saúde (2015b). Norma nº 021/2015, atualizada a 17 de novembro de 2022. *Feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada a Intubação*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Direção-Geral de Saúde (2015c). Norma nº 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. *Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Direção-Geral de Saúde (2015d). Norma nº 020/2015 atualizada a 17 de novembro de 2022. *Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do local cirúrgico*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

- Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- ECDC. (2017). *Healthcare-associated infections: surgical site infections: Annual epidemiological report for 2017*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-surgical-site-infections-annual-1>
- ECDC. (2023). *Healthcare-associated infections*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>
- Feres, F., Costa, R., Siqueira, D., Costa Jr, J., Chamié, D., Staico, R., Chaves, A., Abizaid, A., Marin-Neto, J., Rassi Jr, A., Botelho, R., Alves, C., Saad, J., Mangione, J., Lemos, P., Quadros, A., Queiroga, M., Cantarelli, M., & Figueira, H. (2017). Diretriz da sociedade brasileira de cardiologia e da sociedade brasileira de hemodinâmica e cardiologia intervencionista sobre intervenção coronária percutânea. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 109(1). <https://doi.org/10.5935/abc.20170111>
- Ferreira, J. de J., Farah, B. F., Dutra, H. S., Bahia, M. T. R., Sanhudo, N. F., & Faza Franco, M. F. (2021). A atuação do enfermeiro na gestão de recursos materiais na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(35), e-021132. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1213>
- Ferreira, R., & Macedo, M. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21114/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%ca7as%20C%a9rebroCardiovasculares%202017.pdf>
- Figueira, M. C. E. S., Jacob, L. M. D. S., Spazapan, M. P., Chiquetto, L., Rolim, A. C. A., Duran, E. C. M., & Lopes, M. H. B. D. M. (2018). Reflexões sobre a utilização da CIPE na prática profissional: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2). <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2369>
- Freitas, M. C. D., & Oliveira, M. F. D. (2006). Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do modelo de adaptação de Calista Roy. *Revista brasileira de Enfermagem*, 59, 642-646. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500009>
- Freitas, M. M. (2014). *Dificuldades percebidas e grau de Satisfação dos Enfermeiros que fazem Triage de Manchester nos Serviços de Urgência*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2286/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infecção hospitalar! Um desafio Gulbenkian*. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf
- Gomes, E. T., da Silva, T. T., & da Silva Santos, M. (2018). Complicações da intervenção coronária percutânea: Inferência dos diagnósticos de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 17(6), 694–701. <https://doi.org/10.33233/eb.v17i6.1306>
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicaciones de las infecciones asociadas a la atención de salud en la gestión de la salud: revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application* (3rd ed). Mosby.
- Grupo Português de Triage. (2021). Grupo Português Triage | GPT. *Grupo Português de Triage*. <https://www.grupoportuguestriage.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Henderson, V. (1958). *Principios fundamentales de los cuidados de enfermería*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

- Herdman, T. H.; Kamitsuru, S.; Lopes, C. T. (2021). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023*. https://www.academia.edu/101618431/NANDA_2021_2023_ATUALIZADO
- Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L., & Azevedo, T. (2022). Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular. *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>
- Hutton, A., Veenema, T. G., & Gebbie, K. (2016). Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehospital and disaster medicine*, 31(6), 680–683. <https://doi.org/10.1017/S1049023X1600100X>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., ... Gale, C. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Plano de Atividades de 2012*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/05/08-Plano-de-Atividades-2012.pdf>
- International Classification for Nursing Practice. (2017). *Disaster Nursing*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP_Catalogue_Disaster_Nursing.pdf
- International Council of Nurses. (2019a). *Core competencies in disaster nursing. Version 2.0*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB_final.pdf
- International Council of Nurses. (2019b). *ICNP® BROWSER*. <https://www.icn.ch/whatwe-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-brows>
- INEM. (2012). *Situação – de - Exceção*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- International Strategy for Disaster Reduction. (2009). *UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction*. https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf
- Joanna Briggs Institute. (2013). *New JBI Levels of Evidence*. http://joannabriggswebdev.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- Kurt, Y., & Kaşıkçı, M. (2019). The effect of the application of cold on hematoma, ecchymosis, and pain at the catheter site in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.005>
- Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. (2006). Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República* I Série, n.º 126 (03-07-2006). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República* I série, n.º 169 (04-09-2019) <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lima, L. R. D., Pereira, S. V. M., & Chianca, T. C. M. (2006). Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: Contribuição de Orem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 285–290. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300007>
- Manchester Triage System (2022). *Emergency Triage Hub*. <https://www.triagenet.net/classroom/course/view.php?id=1173&lang=pt>
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
- Martins, T., Amante, L. N., Vicente, C., de Sousa, G. M., Caurio, E. P., Guanilo, M. E. E., & Girondi, J. B. R. (2020). Intervenções de enfermagem para reduzir infecção do sítio cirúrgico em cirurgias potencialmente contaminadas: revisão integrativa. *Estima*–

- Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 18. https://doi.org/10.30886/estima.v18.848_PT
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Miranda da Costa, N., Valéria da Silva, E., Barros, L. M., & Miyahara Kobayashi, R. (2023). Construção e validação das competências profissionais do enfermeiro atuante em hemodinâmica. *REME-Revista Mineira De Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40259>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mota, É. C., & Oliveira, A. C. (2019). Catheter-associated urinary tract infection: why do not we control this adverse event? *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 53, e03452. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007503452>
- Mota, L., Jesus, A. S., Teixeira, C., Cabral, D., & Trindade, M. D. (2021). Effectiveness of nursing simulation in student learning. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(15), 25–31. <https://doi.org/10.29352/mill0215.21267>
- Moura, D. de J. M., Freitas, M. C. de, Guedes, M. V. C., Lopes, M. V. de O., Menezes, L. C. G. de, & Barros, A. A. (2014). Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 16(4), 710–9. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.22945>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- National Healthcare Safety Network. (2017). *Procedure-associated Module Surgical Site Infection Event (SSI)*. <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscscurrent.pdf>
- Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro (2018). Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde* (09-01-2018) (1-23). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Norma n.º 010/2016 de 30 de setembro (2016) atualizada a 16 de maio de 2017. Via Verde Sepsis no Adulto. *Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde* (30-09-2016) (1-27). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
- Norma n.º 015/2017 de 13 de julho (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde* (13-07 2017)(1-25). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Rev bioét.* 23 (1)., pp. 187-99. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Oliveira, A. C., Garcia, P. C., & Nogueira, L. S. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 50(4), 683–694. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>
- Oliveira, L. M. S., De Almeida, M. L. S., Silva, C. P. B. V., Santa Rosa, D. D. O., Gomes, N. P., & Pedreira, L. C. (2021). Aspectos éticos no cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos: Revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, 12(2). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3321>
- Oliveira, V. L. G. de, Braga Junior, E. J., Cavalcante, M. da S., Nascimento, M. H. M., Sacramento, R. da C., Oliveira, A. S. S. de., Silva, J. C., Sousa, R. F., Teles, G. C., Oliveira, M. F. V. de., Nogueira, M. de A., Souto, S. S. de., Neves, D. V. A., Santos, E. C. da C.,

- Girard, G. P. ., & Santana, M. E. de . (2022). Manchester Screening System: difficulties faced by nurses in risk classification. *Research, Society and Development*, 11(1), e3911124358. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24358>
- Ordem dos Enfermeiros (2017a). *Parecer Conjunto N.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Atribuição de Responsável de Turno.* 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados 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; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 429/2018. Regulamento de Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento número 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa em situação crítica e dependente de suporte extracorporal de vida: um desafio para a prática especializada.* <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobp-cuidados-pessoa-em-situa-o-cr-tica/full-view.html>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103–109. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
- Pereira, J. C., Stuchi, R. A. G., & Arreguy-Sena, C. (2010). Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias nanda/nic/noc para o diagnostico de conhecimento deficiente. *Cogitare Enfermagem*, 15(1). <https://doi.org/10.5380/ce.v15i1.17175>
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Pires, V. Ângela L., Martins, M. D. da S., & Correia, T. I. G. (2021). Prática clínica dos enfermeiros na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(7), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20163>
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março (2015). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. *Diário da República II serie*, nº 48 (10-03-2015) (5948-5952).

- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculos de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República II Série*, nº 184 (25/09/2019) (128-155).
- Sá, C., Lobo, J., Pereira, A., & Almeida, M. (2015). Intervenção coronária percutânea: abordagem femoral VS abordagem radial. *Revista Cardiopulmonar*, 25-30. <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2805/1/Artigo%20C3%A1tia%20S%C3%A1%20e%20Joana%20Lobo.pdf>
- Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. D. F. P., Moura, A. A. D., & Zanetti, A. C. B. (2018). Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, (126-134). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Centros de Referência*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/centros-de-referencia/>
- Silva, D. V. A., Sousa, I. N. M., Rodrigues, C. A. O., Pereira, F. A. F., Gusmão, R. O. M., & Araújo, D. D. D. (2019). Nursing diagnoses in a home-based program: Cross-mapping and NANDA-I Taxonomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 584–591. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-032>
- Sociedade Europeia de Cardiologia. (2017). EAM–STEMI. Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST. https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/1.EAM_STEMI-2017.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2023). *Registo nacional de Cardiologia de Intervenção. Registos - Cardiologia de Intervenção*. <https://registos.spc.pt/RegistosNacionaisSPCv2/Public/Login.aspx?ReturnUrl=%2fRegistosNacionaisSPCv2%2fDefault.aspx#>
- Tingen, M. S., Burnett, A. H., Murchison, R. B., & Zhu, H. (2009). The importance of nursing research. *The Journal of nursing education*, 48(3), 167–170. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090301-10>
- Tono de Oliveira, R. J., Vieira Hermida, P. M., da Silva Copelli, F. H., Guedes Dos Santos, J. L., Lorenzini Erdmann, A., & Regina de Andrade, S. (2015). Care management in nursing within emergency care units. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 33(3), 406–414. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a03>
- Tribunal Internacional de Nuremberg (1947) - Julgamento de criminosos de guerra perante os Tribunais Militares de Nuremberg. Control Council Law 1949;10(2):181-182. <https://www.ghc.com.br/files/CODIGO%20DE%20NEURENBERG.pdf>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Valverde Bernal, J., Martínez-Soler, F., Berga Congost, G., Martínez Pérez, J., Asmarats, L., & Moreno Arroyo, C. (2023). Impact of a program of cardiovascular nurse interventions in a valvular haemodynamic unit (PROCESS-VALVE) on Quality Indicators: A Quasi-Experimental Ambispective Study. *International Journal of General Medicine*, Volume 16, 4257–4265. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S412369>
- Vilamala, I. R., Gómez, E. A., Hazzaoui, M. R., & Moreno, J. R. (2021). Caso clínico: Plan de cuidados de enfermería en un paciente sometido a cateterismo cardiaco de alto riesgo con soporte ventricular Impella®. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (82), 52-57. https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/627262e2a3b94_Enferm-Cardiol.-2021-288252-57_7.pdf

- World Health Organization. (2015). *Antimicrobial Resistance*. <https://www.afro.who.int/health-topics/antimicrobial-resistance>
- World Health Organization. (2017). *Cardiovascular diseases*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Zagalioti, S. C., Fyntanidou, B., Exadaktylos, A., Lallas, K., & Ziaka, M. (2023). The first positive evidence that training improves triage decisions in Greece: evidence from emergency nurses at an Academic Tertiary Care Emergency Department. *BMC emergency medicine*, 23(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00827-5>
- Zarrabeitia, I. L. (2016). Caso clínico: Plan de cuidados enfermeros en el cateterismo cardiaco vía radial. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (69), 60-67. https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/62838e2a4803e_69_06.pdf
- Zhang, T., & Qi, X. (2021). Greater nursing role for enhanced post-percutaneous coronary intervention management. *International Journal of General Medicine*, 7115-7120. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S337385>

ANEXOS

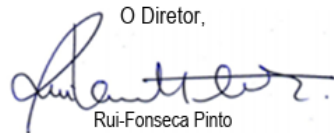
ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



CERTIFICADO

Certifica-se que **Bruno Miguel da Silva Sá** participou nas Jornadas do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, “*A Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados no Pré-hospitalar*”, realizadas nesta Escola de Saúde no dia 30 de setembro de 2023, entre as 9h00 as 18h00.

O Diretor,



Rui-Fonseca Pinto

ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos certifica-se que,

Bruno Miguel da Silva Sá

participou no **I Congresso Internacional de Viabilidade Tecedular e Cuidados à Pessoa com Ferida: Colocar o Dedo na Ferida**, que decorreu nos dias 26 e 27 de janeiro de 2024, na Universidade de Aveiro, com a duração de 16 horas.

Aveiro, 27 de janeiro de 2024

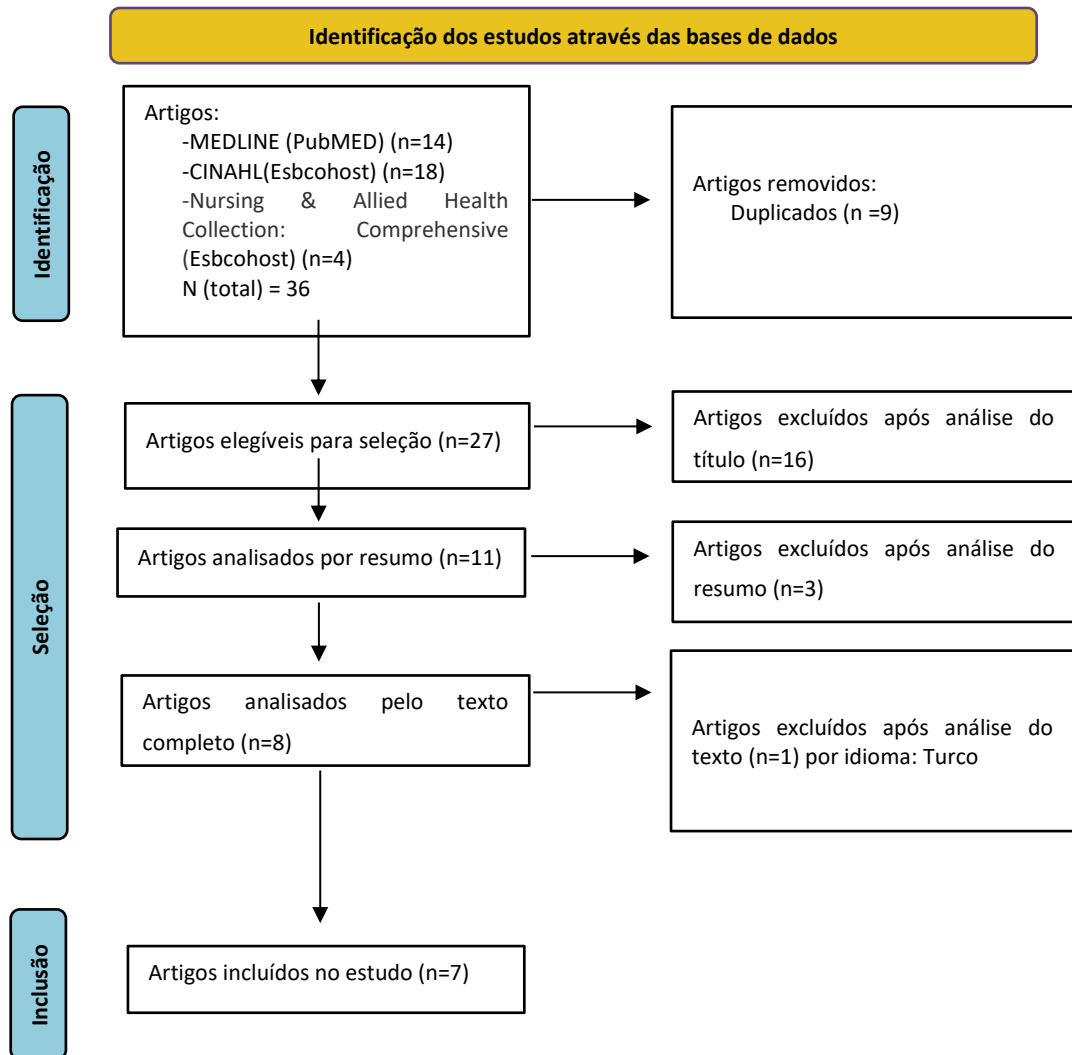
O Diretor da ESSUA:

A Comissão Científica:



Centro Académico
Clínico Egas Moniz
Health Alliance

ANEXO III: PRISMA -ScR statement



Legenda: PRISMA-ScR statement (Page et al., 2021)

APÊNDICES

APÊNDICE I: Formação sobre prevenção e controlo da infeção



Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II

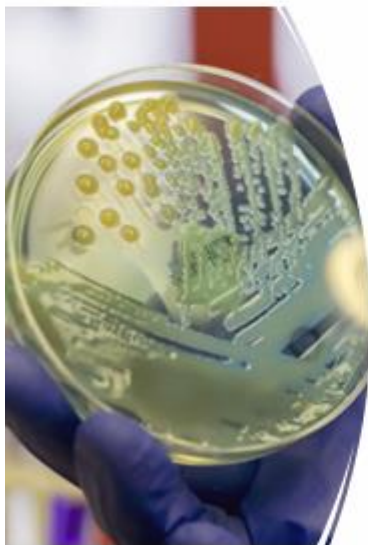
Centro Hospitalar de Entre o Douro e o Vouga – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Bruno Sá, 4408@essnordeste.vgp.pt

Orientador: Professor Aramél Gomes; Tutora: Enfermeira Cláudia Pereira

Plano de prevenção e controlo da infeção

Novembro, 2023



Microrganismos associados às Infecções Hospitalares

Bactérias: Principais responsáveis pelas infeções hospitalares.

- Seguem-se os fungos e os vírus.

- Um dos grandes problemas nos hospitais é a emergência de bactérias e fungos resistentes a antimicrobianos usualmente utilizados para tratamento de infeções nosocomiais.

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VISELINA, PORTUGUESA

Transmissão por Contacto

- A transmissão de microrganismos envolve contacto físico direto entre os profissionais de saúde e os doentes, ou mesmo entre os doentes;
- As mãos geralmente são o principal veículo de transmissão do agente de infeção adquirida no contacto com doentes infetados;
- Transmissão silenciosa;
- Prevenção - Correta higienização das mãos antes e após os cuidados ao doente/procedimento;
- Constituem o mecanismo mais frequente de transmissão de patógenos a nível hospitalar.

Martins, M. A. (2011). Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controlo. Medica

Lavagem das mãos
Lave as mãos sempre quando estiverem visivelmente sujas.
Em outras situações use álcool anti-séptico de base alcoólica (SABG).

Duração total do procedimento: 40-60 seg.

1. Molhe as mãos com água.
2. Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos.
3. Esfregue as palmas das mãos, uma na palma da outra, unhas incluídas.
4. Esfregue o dorso da mão esquerda com as costas da mão direita, entrelaçando os dedos.
5. Esfregue o dorso da mão direita com as costas da mão esquerda, entrelaçando os dedos.
6. Esfregue as costas das mãos, entrelaçando os dedos.
7. Esfregue as costas das mãos, entrelaçando os dedos.
8. Esfregue as costas das mãos, entrelaçando os dedos.
9. Esfregue as costas das mãos, entrelaçando os dedos.
10. Seque as mãos com toalha descartável.

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VISELINA, PORTUGUESA

Transmissão Aérea

- Os microrganismos juntam-se a partículas em aerossol;
- Podem percorrer distâncias maiores que 40cm até uma distância de 2m;
- Podem permanecer suspensos no ar e ser transportados por partículas de poeira;
- Exemplos como a varicela, difteria e tuberculose;
- Profissionais de saúde são hospedeiros suscetíveis;
- Quando as barreiras ambientais e os equipamentos de proteção individual não são adequadamente utilizados;

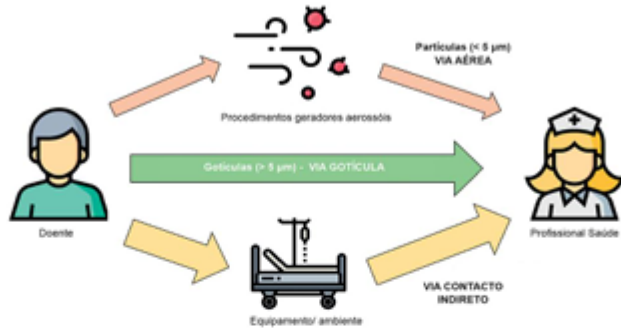
Martins, M. A. (2011). Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controlo. Medica

Bruno Miguel da Silva Sá

101



Escola Superior de Saúde Nerte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



Fonte: ACTA MÉDICA PORTUGUESA, actamedica.pt/pt/agentes.html



Escola Superior de Saúde Nerte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Fatores Relacionados às Infecções Hospitalares

Fatores relacionados com procedimentos invasivos:

- Intervenções cirúrgicas;
- CVC;
- Algaliação;
- Ventilação assistida;



Bundles – “Feixes de intervenções”

Institute of Health care Improvement: desenvolve o conceito de BUNDLE para ajudar os profissionais de saúde na prestação de cuidados de saúde eficazes, para utente submetidos a procedimentos com riscos inerentes.

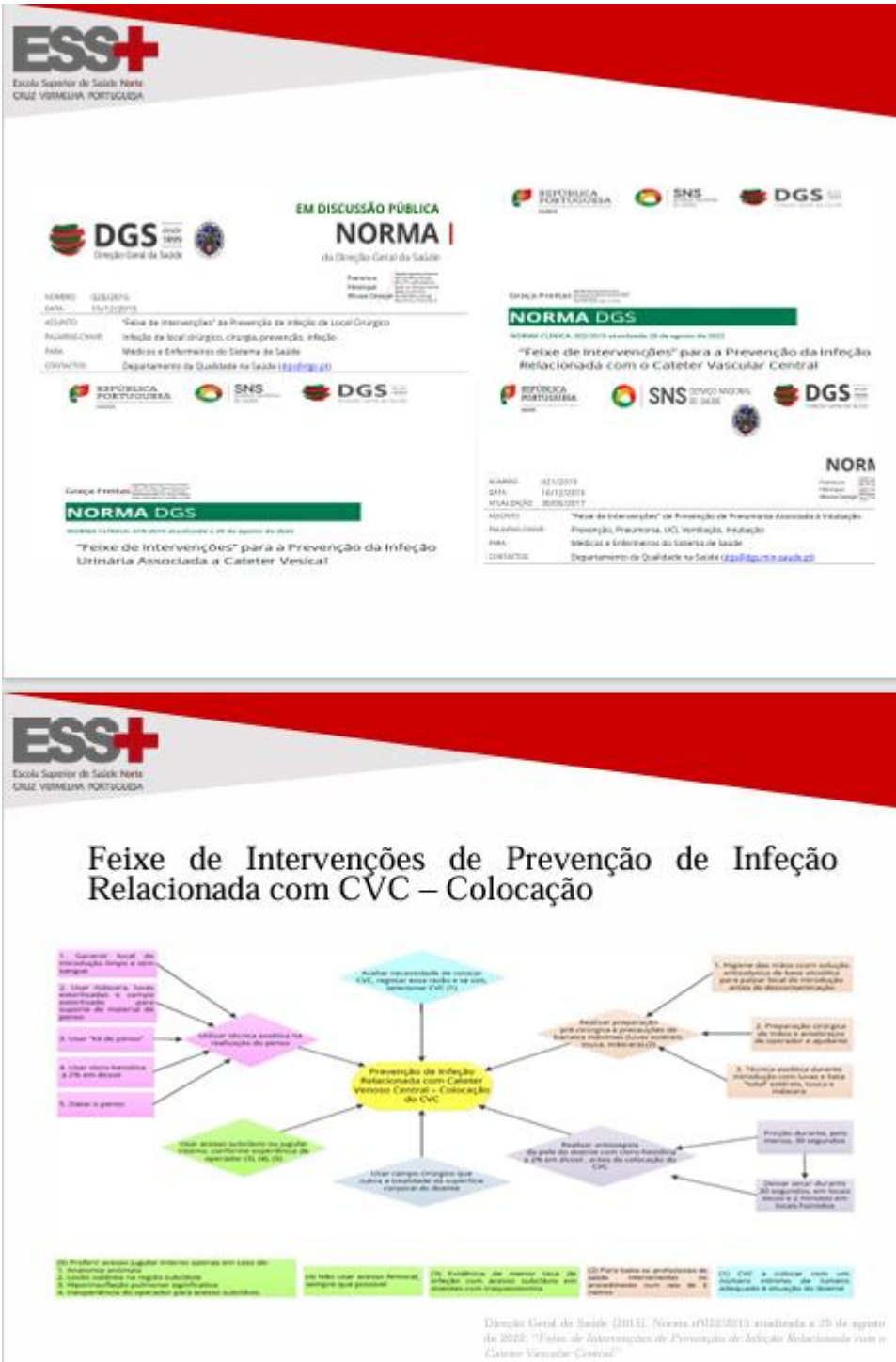
- DGS traduz a palavra **BUNDLES** para “Feixes de intervenção”
- Bundles** são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que quando agrupadas e implementadas de forma integrada.
- Promovem melhor resultado.
- Com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.
- Objetivo:** assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente.



Feixes de intervenções

- “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação
- “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical
- “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico
- “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC

A anormal e longa permanência dos doentes na sala de emergência, pela ausência de vagas nos serviços de cuidados intensivos ou intermédios, traduziu-se numa necessidade do conhecimento dos feixes de intervenção para a implementação das suas intervenções na SE.

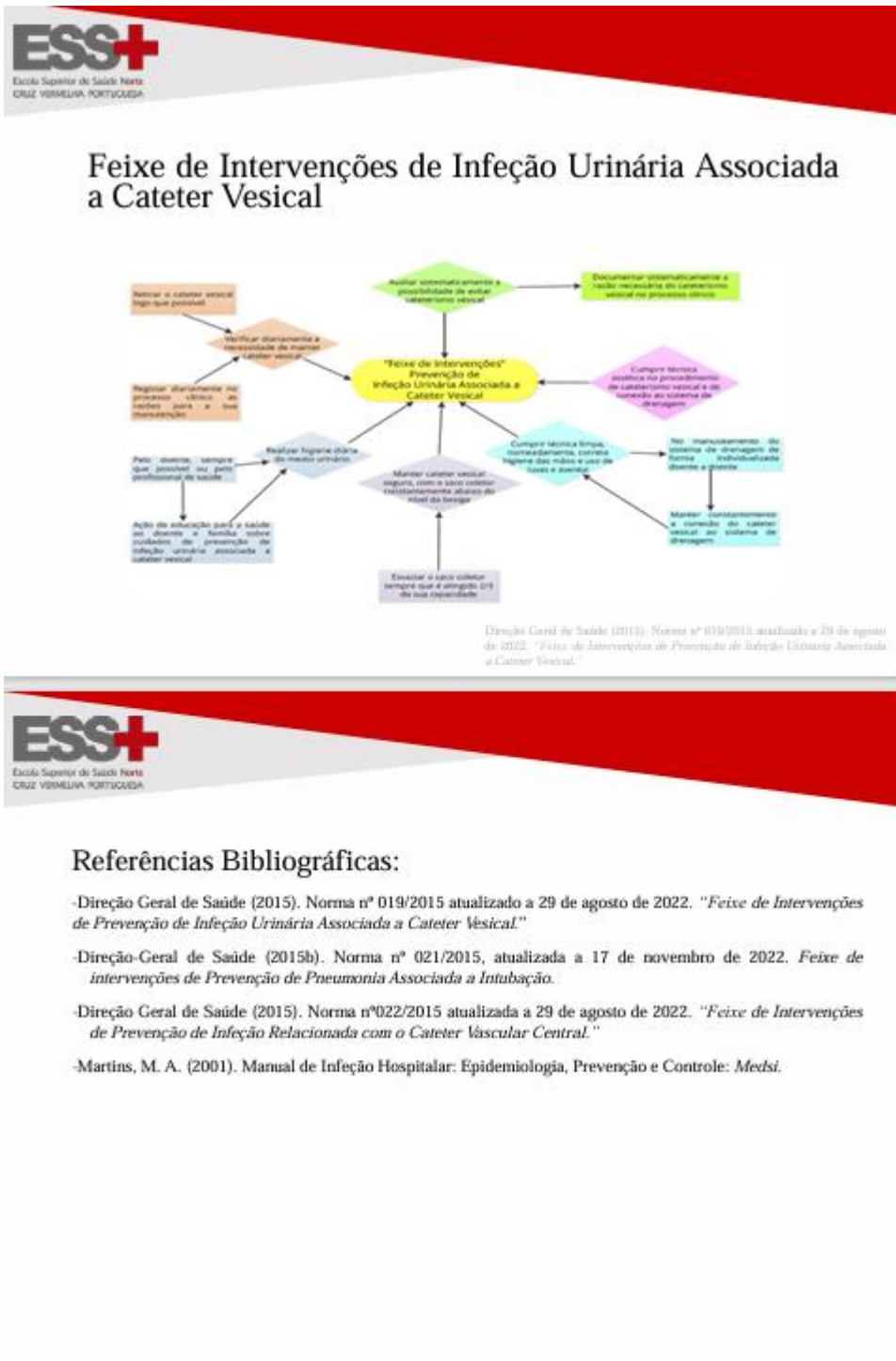


[illegible]

Fases de Intervenção de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação

- 1) Monitorização e avaliação da permeabilidade da tubagem endotraqueal (ET) a 30 segundos
- 2) Monitorização e avaliação da oxigenação e saturação de oxigênio (SaO₂) a 30 segundos
- 3) Monitorização da temperatura da tubagem endotraqueal a 30 segundos
- 4) Monitorização da pressão positiva da tubagem endotraqueal a 30 segundos
- 5) Monitorização da pressão positiva da tubagem endotraqueal a 30 segundos
- 6) Monitorização da pressão positiva da tubagem endotraqueal a 30 segundos

0 30 minutos



APÊNDICE II: Formação sobre o instrumento transição de cuidados



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II

Centro Hospitalar de Entre o Douro e o Vouga – Serviço de Urgência Geral

Bruno Sá, 4408@essnortecvp.pt

Orientação: Professor Aramid Gomes; Tutora: Enfermeira Cláudia Pereira

TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS – ISBAR

Novembro, 2023



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Segurança do doente?

Dia Mundial da Segurança do Doente - 17 de Setembro e tem por objetivo aumentar a consciencialização quanto à importância dos cuidados centrados nas pessoas e à prevenção de danos nos doentes. (WHO, 2022)

Fatores sobre a segurança do doente:

- A segurança do doente é uma preocupação a nível global;
- 1 em cada 10 doentes sofre dano enquanto recebe cuidados hospitalares;
- Eventos adversos que surgem devido a cuidados inseguros são umas das 10 principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo;
- 4 em cada 10 doentes sofre um dano no contexto de cuidados de saúde primários ou em ambulatório. 80% são evitáveis;
- O investimento na melhoria da segurança do doente pode levar a uma poupança de custos e melhores resultados para o mesmo.

(WHO, 2019)

Bruno Sá, 4408@essnortecvp.pt

Novembro, 2023

“A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde.”

(Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro)

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 assenta em 5 pilares:

- 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.º 9390/2021 de 24 de setembro)

Bruno Sá, 4408@manutecup.pt

Novembro, 2023

Estratégias:

• Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (WHO, 2019):

- Visão – Promoção de cuidados seguros, caminhando para a não existência de danos relacionados com os cuidados de saúde, cuidados de saúde personalizados, de respeito a todos os doentes, em todo o ciclo de vida.



• Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho e do Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio:

- Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015/2020, 2021/2026, Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro.

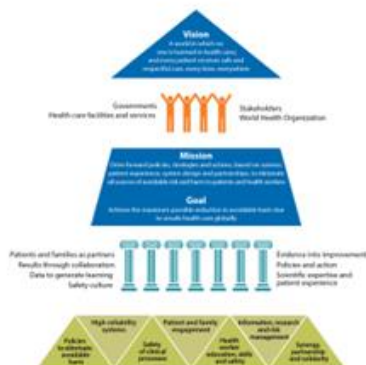


Fontes: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety> e <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload/2013/sama-infografias-2-pdf.aspx>

Bruno Sá, 4408@manutecup.pt

Novembro, 2023

Estratégias - Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (WHO, 2019)



Fonte: <https://www.who.int/news/integrated-health-services/patient-safety>

Bruno Sá, bss@esscruz.pt

Novembro, 2023

Estratégias - Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2021-2026



Fonte: <https://www.dgs.pt/ficheros-de-upload-2013/nama-infografias-2-pdf.aspx>

Bruno Sá, bss@esscruz.pt

Novembro, 2023



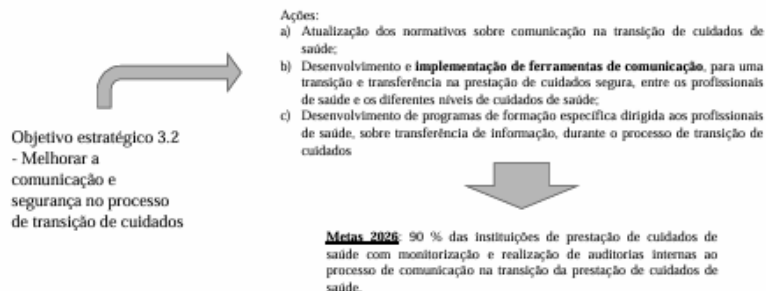
Escola Superior de Saúde de Aveiro
Unidade de Saúde e Qualidade



**Plano Nacional
para a Segurança
dos Doentes**
2021 | 2026

Pilar 3 – “A Comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.”

(Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro)



Bruno Sá, 4408@maestrosup.pt

Novembro, 2023



Escola Superior de Saúde de Aveiro
Unidade de Saúde e Qualidade

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica



NORMA

Procedimento
Normativo
Módulo Gestão

NÚMERO: 001/2017

DATA: 06/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

(DGS, 2017)

Bruno Sá, 4408@maestrosup.pt

Novembro, 2023

- **Comunicação:**
 - Verbal ou escrita (com ou sem suporte físico);
 - Presencial ou à distância (digital ou telefone);
 - Maior probabilidade de ocorrência de falhas: indicações orais/telefónicas, transmissão de informação crítica (e.g. resultados de exames), **transição de cuidados**.
- **Falhas na comunicação:**
 - Ausência de comunicação;
 - Comunicação errada;
 - Omissa ou incompleta;
 - Compreensão de uma mensagem diferente da que foi emitida.

(Caldas & Gomes, 2021; Haddeland et al., 2022)

Bruno Sá, 4408@essnortocvcp.pt

Novembro, 2023

- **Transição de Cuidados:**
 - **Perspetiva internacional:** 70% dos eventos adversos devido a falhas na transição de cuidados;
 - **Perspetiva nacional:** estudo 2012 revela que há 50% de casos onde se verifica inexistência de comunicação eficaz entre profissionais de saúde.
- ***Handover*** – Mudança de turno/níveis de cuidados;
- ***Handoff*** – Mudança de serviço ou instituição.

(Caldas & Gomes, 2021; DGS, 2017; Pun, 2021)

Bruno Sá, 4408@essnortocvcp.pt

Novembro, 2023

Segurança na Transição de Cuidados – O que é necessário?

- Juntar toda a informação necessária;
- Conjunto mínimo de informação crítica:
 - Identificação e contacto do emissor + nível de prioridade de cuidados + história da doença atual/pessoa + lista de tarefas + lista de alergias e medicação + últimos resultados de exames e sinais vitais avaliados.
- Comunicação presencial pois permite tirar dúvidas;
- Ambiente tranquilo, isento de interrupções;
- Incluir os diversos elementos da equipa;
- **Utilizar método ou técnica padronizada e sistematizada para comunicação - ISBAR**

(Caldas & Gomes, 2021)

Bruno Sá, 44100@manortecvcp.pt

Novembro, 2023

ISBAR: ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

Mnemónica ISBAR: auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.

(DGS, 2017)

Bruno Sá, 44100@manortecvcp.pt

Novembro, 2023



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Modelo explicativo da técnica ISBAR (DGS, 2017)

Memória ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como da doença a que diz respeito a comunicação.	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Cause Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, de forma antecipada de vontade.	a) Antecedentes clínicos; b) Alérgicos de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão a mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas.	a) Problemas atuais; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções atuais.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Bruno Sá, bsa@essmcmcg.pt

November 2023



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Objetivo específico do estágio:

-Construir uma ferramenta de comunicação eficaz na transição dos cuidados, com recurso à metodologia ISBAR, e que assegure a sinalização precoce de focos de instabilidade na pessoa em situação crítica em contexto do serviço de urgência

Identificação	Situação Atual	Antecedentes	Avaliação	Recomendações
-Nome: -Idade: -Género: -Onde reside: -Família/Cuidador:	Motivo de admissão: Data de admissão: Condição Clínica: principais alterações, sinais e sintomas: MCDT realizados:	Nível de dependência: Antecedentes patológicos (relevantes): Medicação habitual: Alergias: Hábitos: Diretivas antecipadas de vontade: Técnicas invasivas prévias ou realizadas (ex. cateter vesical, cateter vesical): Presença ou risco de MGS e medidas respetivas: Situação social (se dependente, morar ou não sozinho):	Focos/ diagnósticos/ intervenções atuais de relevo (ex. diálise): Medidas terapêuticas instituídas (medicamentosas e/ou não): Alterações de estado de saúde significativas (ex. se febre, se dor): Monitorizações/ Parâmetros vitais relevantes: Alimentação/jejum: OPR/feridas:	Atitudes e plano terapêutico previstos para continuidade: Necessidades do cuidador informal (ajuda): MCDT pendentes:

Bruno Sá, bsa@essmcmcg.pt

November 2023

Referências Bibliográficas:

- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021) Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 - 2026). Diário da República II série, n.º 187 (24-09-2021) (96-103)
- World Health Assembly, 72. (2019). Global action on patient safety. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329284>
- World Health Organization (WHO) (2019) – Patient Safety. <https://www.who.int/newsroom/facts-in-pictures/detail/patient-s>
- World Health Assembly. (2022). Dia Mundial da Segurança do Doente 2022. <https://www.afro.who.int/pt/regional-director/speeches-messages/dia-mundial-da-seguranca-do-doente-2022>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). 2017. Norma n.º 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Caldas, L. & Gomes, L. (2021). Comunicação Eficaz nas Transições de Cuidados. In F. Barroso, S. Ramos & L. Sales (eds), Guia Prático para a Segurança do Doente (pp. 79 - 87) Lidel
- Haddeland, K., Marthinsen, G. N., Söderhamn, U., Flateland, S. M. T., & Moi, E. M. B. (2022). Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. Intensive and Critical Care Nursing, 70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>
- Pun, J. (2021). Factors associated with nurses' perceptions, their communication skills and the quality of clinical handover in the Hong Kong context. BMC Nursing, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00624-0>

APÊNDICE III: Formação sobre avaliação e tratamento de feridas e seu planejamento



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II

Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho – Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular

Bruno Sá, 4408@essnortecvp.pt

Orientação: Professor Aramid Gomes; Tutora: Enfermeira Ana Paula

Avaliação e tratamento de feridas

Fevereiro, 2023



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ferida: parte da estrutura corporal comprometida; lesão tecidular habitualmente associada a danos físicos ou mecânicos; formação de crosta e tunelização dos tecidos; drenagem serosa; drenagem sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele; odor; sensibilidade dolorosa aumentada.

ICN (2019)

Bruno Sá, 4408@essnortecvp.pt

Fevereiro, 2023



As feridas podem ser classificadas quanto: à causa, conteúdo microbiano, tipo de cicatrização, grau de abertura e tempo de duração.

Santos et al. (2011)



Parâmetros de avaliação:

Causa:

- Cirúrgicas (incisão, excisão, punção);
- Traumáticas (mecânico, químico, físico);
- Ulcerativas;

Conteúdo:

- Limpas;
- Limpas contaminadas;
- Contaminas;
- Infetadas;

Cicatrização:

- 1ª intenção;
- 2ª intenção;
- 3ª intenção;

Gau de abertura:

- Abertas;
- Fechadas;

Tempo de duração:

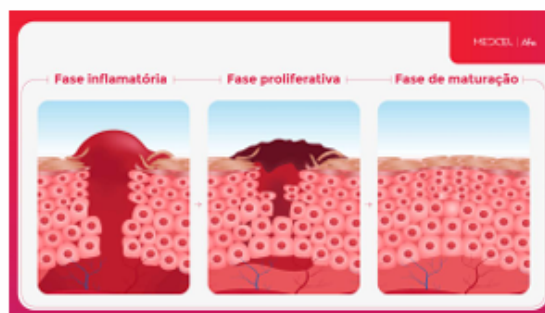
- Agudas;
- Crónicas;

Santos et al. (2011)

Fases do processo cicatricial:

- Fase inflamatória;
- Fase proliferativa;
- Fase de maturação;

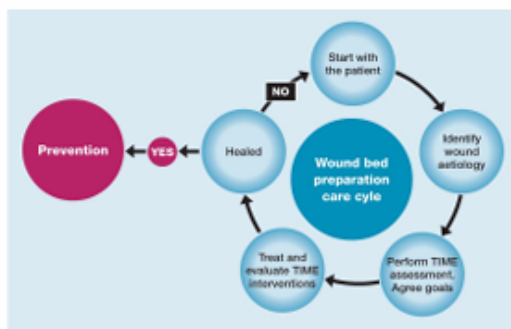
Santos et al. (2011)



Bruno Sá, 4408@maestrosccp.pt

Fevereiro, 2023

Avaliar ferida (Intervenção CIPE – Código 10030799) (ICM, 2018)



Moore et al. (2019)

Bruno Sá, 4408@maestrosccp.pt

Fevereiro, 2023

Avaliar ferida (Intervenção CIPE – Código 10030799) (ICH, 2018)

Mnemónica **TIME**:

Tissue [Tecido não viável];

Infection [Infeção/inflamação];

Moisture [manutenção do meio húmido];

Edge [epitelização dos bordos];

Table 1. The TIME principles

T	Tissue: non-viable or deficient
I	Infection/inflammation
M	Moisture imbalance
E	Edge, which is not advancing or undermining

(Dowsett and Ayello, 2004)¹²

Moore et al. (2019)

Bruno Sá, s4406@maastrichtcg.pt

Fevereiro, 2023

T – Para a preparação da ferida, é necessário avaliar as condições do tecido. Se se apresentar inviável, necrótico ou deficiente é recomendável a realização do desbridamento, podendo este ser: cirúrgico, mecânico, autolítico, enzimático ou biológico. (O seu objetivo é a remoção do tecido desvitalizado, restaurando assim a base da ferida e a matriz extracelular, obtendo-se tecido viável.

I – Cuidar e tratar do tecido com grande concentração bacteriana ou inflamação prolongada. A atividade das proteases diminui a atividade dos fatores de crescimento e prejudica a cicatrização.

M – Para uma cicatrização torna-se imprescindível a humidade da ferida.

E – Crescimento no leito da ferida do tecido epitelial.

Moore et al. (2019)

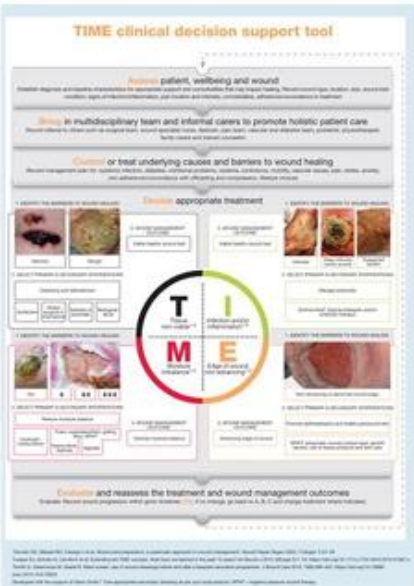
Bruno Sá, s4406@maastrichtcg.pt

Fevereiro, 2023



ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CHU de Viseu - Portugal

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica



TIME clinical decision support tool

The diagram illustrates the TIME clinical decision support tool, a circular process for wound management. It is divided into four quadrants: T (Tissue), I (Infection/Inflammation), M (Moisture), and E (Epithelialization). Each quadrant contains specific steps and corresponding images of wound types. The central circle is labeled 'TIME' and 'Clinical Decision Support Tool'. Below the circle, it states 'Evaluate and reassess the treatment and wound management outcomes'.

Bruno 54_5458@essnorte.viseu.pt

Moore et al. (2015)

Fevereiro, 2023



ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CHU de Viseu - Portugal

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Tipos de tecido:

Tipo de tecido	Descrição	Prioridade no Tratamento
Necrose	Coloração escura podendo ter consistência mole (necrose húmida) ou dura (necrose seca), com perda das propriedades física e biológica	Desbridamento.
Fibrina (Fibroso amarelo e mole)	Tecido com aspeto húmido, amolecido, de coloração amarelada ou branca, aderente à ferida.	Remoção do tecido amarelado. Desbridamento e controlo da humidade.
Cor Verde	Tecido de coloração esverdeada normalmente associado à presença de <i>pseudomonas aeruginosa</i>	Controlar infeção.
Granulação	Tecido viável, altamente vascularizado, de cor vermelho vivo, responsável por reconstituir o leito da ferida.	Estimular granulação; Controlar exsudado; Controlar atividade microbiana;
Epitelização	Presente na fase final do processo de cicatrização. Tem coloração rosada e, geralmente, surge nas bordas da lesão e se desenvolve para o leito da ferida.	Proteção dos novos tecidos e estimular epitelização.

Bruno 54_5458@essnorte.viseu.pt

Santos et al. (2011)

Fevereiro, 2023

Tipos de exsudado:

Hemático	De cor vermelha, indica lesão num vaso sanguíneo. Muito comum na fase proliferativa.
Sero-hemático	De cor rosado ou avermelhado. Típico na fase inflamatória.
Seroso	Amarelado ou transparente. Presente normalmente nas lesões de tecido não viável.
Purulento	Amarelo, acastanhado ou esverdeado, opaco e denso. Associado a atividade fagocitária e lise celular na ferida. Sinal de infeção (pode ter odor associado).

Santos et al. (2011)

Avaliação do Odor (Escala de Teller):

Código 5	Sem odor
Código 4	Odor é detectado na remoção do penso
Código 3	Odor é sentido na exposição do penso
Código 2	Odor é sentido à distância de um braço do doente
Código 1	Odor é sentido na entrada do quarto
Código 0	Odor é sentido na entrada da casa/enfermaria/clinica

Silva et al. (2021)

Avaliação da dor:

Escala Numérica

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma		Pouca			Razoável			Média		Excessiva



Os Enfermeiros desempenham um papel importante no tratamento de feridas, atuando na prevenção, avaliação e indicação do tratamento adequado.

Viana de Sousa et al. (2020)

- Moore, Z., Downett, C., Smith, G., Atkin, L., Bain, M., Lahmann, N. A., ... & Jaimes, H. (2019). TIME CDST: an updated tool to address the current challenges in wound care. *Journal of wound care*, 28(3), 154-161. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.3.154>
- Direção-Geral de Saúde (2003). Norma nº 09/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Santos, J. B. D., Porto, S. G., Suzuki, L. M., Sostizo, L. Z., & Antoniazzi, J. L. (2011). Avaliação e tratamento de feridas: orientações aos profissionais de saúde.
- International Council of Nurses. (2019). ICNP® BROWSER. <https://www.icn.ch/whatwe-do/projects/ehhealth-icnp/ncp-browser/NEM> (2012). Situação = de - Exceção. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Viana de Sousa M. B., Bezerra A. M. F. de A., Vieira Costa C., Bispo Gomes E., Aleixo da Fonseca H. T., Borges Quaresma O., Baena Júnior O. R. G., Medeiros Costa S. D., Costa Loureiro S. P. S. da, & Messias da Silva S. (2020). Assistência de enfermagem no cuidado de feridas na atenção primária em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e3303. <https://doi.org/10.25248/revsa.e3303.2020>
- Silva, V. A. D., Silva, M. D. F. N. D., Júnior, M. A. P., Gasparino, R. C., & Zeferino, E. B. B. (2021). Implementação de um instrumento de avaliação de feridas informatizado em um hospital escola. *Congresso Paulista De Estomatologia*. Recuperado de <https://anais.sobest.com.br/cpe/artigo/view/104>

Planeamento da Formação

Curso: Mestrado em enfermagem na Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica	Ação: 1/1	Pré-requisitos: Enfermeiro do serviço da UDIC Motivação para aprendizagem
Unidade Curricular: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II	Sessão: 1/1	
Data/Hora:	Duração da sessão: 30 min	
Público-alvo: Enfermeiros do Serviço UDIC		
Dinamizador(es): Bruno Sá		
Objectivos Gerais: -Promover conhecimento à abordagem à ferida cirúrgica;		

Objectivos Específicos da Sessão	Fases	Conteúdos	Mét. e Téc. Pedagógicas	Recursos	Tempo	Avaliação
Como objetivos específicos da sessão: • Apresentar as fases do processo de cicatrização; • Apresentar a mnemónica <i>TIME</i> na avaliação e tratamento de feridas cirúrgicas; • Apresentar estratégias de avaliação de dor da ferida cirúrgica; • Apresentar estratégias de avaliação do odor na ferida cirúrgica;	Introdução	-Apresentação do dinamizador. -Introdução ao tema: Avaliação e tratamento de feridas. -Descrição dos objetivos da sessão. -Aplicação de pré-teste sobre conhecimentos no âmbito da formação.	Expositivo participativo	PowerPoint	5 min	Feedback Observação

	Desenvolvimento	-Apresentação do powerpoint sobre o tema;	Expositivo Interrogativo	PowerPoint	20 min	Feedback Observação
	Conclusão	-Resumo e avaliação da sessão; -Preenchimento do questionário final; -Encerramento da sessão;	Expositivo Interrogativo	PowerPoint	5 min	Feedback Teste

Questionário aos conhecimentos		
Opções de resposta	Sim	Não
Conheço os parâmetros necessários para avaliação de uma ferida?		
Conheço as fases do processo cicatricial?		
Conheço escalas para avaliação da dor?		
Conheço a escala para avaliação do odor de uma ferida?		
Conheço a mnemónica <i>TIME</i> ?		

APÊNDICE IV: Frase de Pesquisa

Pesquisa realiza na MEDLINE

#	Equação	Resultados
#1	(((((("Nurses"[Title/Abstract]) OR ("Nurses"[MeSH Terms])) OR ("Nurses")) OR ("Nursing"[Title/Abstract])) OR ("Nursing"[MeSH Terms])) OR ("Nursing"))	915977
#2	(((((("Nursing diagnosis"[Title/Abstract]) OR ("Nursing diagnosis"[MeSH Terms])) OR ("Nursing Terminology"[Title/Abstract])) OR ("Nursing Terminology"[MeSH Terms])) OR ("Standardized Nursing Terminology"[Title/Abstract])) OR ("Standardized Nursing Terminology"[MeSH Terms]))	5933
#3	("Taxonomy"[Title/Abstract]) OR ("Taxonomy"))	42516
#4	(#2) OR (#3)	48182
#5	((("Percutaneous Coronary Intervention"[Title/Abstract]) OR ("Percutaneous Coronary Intervention"[MeSH Terms])) OR ("Cardiac Catheterization"[Title/Abstract])) OR ("Cardiac Catheterization"[MeSH Terms]))	142670
#6	((child*) OR (pediatric)) OR (neo*)	3749972
#7	(#1) AND (#4) AND (#5) NOT (#6)	14

Pesquisa EBSCOhost (*Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e CINAHL*)

#	Equação	Resultados
#1	TI Nurses OR AB Nurses OR TI Nursing OR AB Nursing	761175
#2	TI Nursing diagnosis OR AB Nursing diagnosis OR TI Nursing Terminology OR AB Nursing Terminology OR TI Standardized Nursing Terminology OR AB Standardized Nursing Terminology	5106
#3	TI Taxonomy OR AB Taxonomy	5762
#4	(#2) OR (#3)	10306
#5	TI Percutaneous Coronary Intervention OR AB Percutaneous Coronary Intervention OR TI Cardiac Catheterization OR AB Cardiac Catheterization	20294
#6	child OR pediatric OR neo	1022407
#7	(#1) AND (#4) AND (#5) NOT (#6)	22

APÊNDICE V: Quadro de extração de dados

Dados	Definição
E 1	
Primeiro autor	Luciano Lima
Ano	2006
Título	Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco - contribuição de Orem
Revista	Revista Brasileira de Enfermagem
País	Brasil
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Estudo qualitativo (tipo estudo de caso) Nível 4.d
População	30 pessoas submetidas a cateterismo cardíaco
Objetivo	Determinar os diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA em utente submetidos a cateterismo cardíaco, nas primeiras seis horas após o exame, a partir de julgamento clínico de enfermagem fundamentado na Teoria do Déficit de autocuidado, bem como avaliar se essa modalidade de julgamento clínico facilita a identificação dos referidos Diagnósticos de Enfermagem.
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos	Integridade do tecido prejudicada; Risco para infecção; Dor aguda; Mobilidade física prejudicada; Déficit de autocuidado no banho; Eliminação urinária prejudicada; Conhecimento deficiente; Risco para lesão; Autogestão ineficaz da saúde; Risco de excesso de peso; Ansiedade; Medo; Padrão do sono perturbado; Perfusão tecidual periférica inefetiva; Comportamentos de manutenção doméstica ineficazes; Baixa autoestima situacional; Desesperança; Risco para solidão; Risco de diminuição do débito cardíaco; Integridade da pele prejudicada; Percepção sensorial auditiva perturbada; Comportamento de busca de saúde percebido;
E 2	
Primeiro autor	Ingrid Rovira Vilamala
Ano	2021
Título	Caso clínico: plan de cuidados de enfermería en un paciente sometido a cateterismo cardiaco de alto riesgo con soporte ventricular Impella®
Revista	Enfermería en Cardiología
País	Espanha
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Estudo de caso

	Nível 4.d
População	1 utente
Objetivo	Elaboração de um plano de cuidados a um utente submetido a um cateterismo de elevado risco utilizando suporte ventricular impella e aterectomia rotacional.
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos	Diminuição do débito cardíaco; Risco de disfunção neurovascular periférica; Risco de infeção; Ansiedade; Risco de sangramento;
E 3	
Primeiro autor	Eunice Moreira Aquino
Ano	2014
Título	Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco em uma unidade de cardiologia
Revista	Revista de enfermagem
País	Brasil
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Estudo exploratório descritivo Nível 5.b
População	7 enfermeiros
Objetivo	Identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos a cateterismo cardíaco em uma unidade de cardiologia
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos	Mobilidade na cama prejudicada; Risco de perfusão renal ineficaz; Risco de reação adversa ao meio de contraste iodado; Risco de perfusão tecidual periférica ineficaz; Risco de infeção; Risco de sangramento; Risco de integridade da pele prejudicada; Dor aguda; Conforto prejudicado;
E 4	
Primeiro autor	Eduardo Tavares Gomes
Ano	2018
Título	Complicações da intervenção coronária percutânea: inferência dos diagnósticos de enfermagem
Revista	Enfermagem Brasil
País	Brasil

Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Revisão integrativa da literatura Não aplicável nível
População	Não aplicável
Objetivo	Realizar a inferência de diagnósticos de enfermagem (DE) aplicáveis às principais complicações das intervenções coronárias percutâneas (ICP).
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos	Eliminação urinária prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Risco de diminuição da perfusão do tecido cardíaco; Risco de perfusão de tecido cerebral ineficaz; Diminuição do débito cardíaco; Confusão aguda; Integridade da pele prejudicada; Integridade do tecido prejudicada;
E 5	
Primeiro autor	Itziar López Zarrabeitia
Ano	2016
Título	CASO CLÍNICO: plan de cuidados enfermeros en el cateterismo cardiaco vía radial
Revista	Enfermería en Cardiología
País	Espanha
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Estudo de caso Nível 4.d
População	1 utente
Objetivo	Elaboração de um plano de cuidados a um utente submetido a cateterismo cardíaco por via radial
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos	Medo; Conhecimento deficiente; Risco de disfunção neurovascular periférica;
E 6	
Primeiro autor	Maria Célia de Freitas
Ano	2006
Título	Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy
Revista	Revista Brasileira de Enfermagem
País	Brasil
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Estudo tipo transversal

	Nível 4.b
População	18 pessoas
Objetivo	Identificar os diagnósticos de enfermagem de idosos que realizam cateterismo cardíaco, abordando os aspectos psicossociais, segundo a Teoria de Adaptação de Roy
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos	Ansiedade; Medo; Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde; Processos familiares interrompidos;
E 7	
Primeiro autor	Tânia Chianca
Ano	2006
Título	The implementation of NANDA nursing diagnoses for patients after cardiac catheterization.
Revista	International Journal of Nursing Terminologies and Classifications
País	Brasil
Desenhos dos estudos/Nível de Evidência (JBI, 2013)	Múltiplos estudos de caso Nível 4.d
População	30 pessoas
Objetivo	Determinar os diagnósticos de enfermagem NANDA para utente submetidos a cateterismo cardíaco
Taxonomia	NANDA
Diagnósticos	Integridade do tecido prejudicada; Risco de infecção; Dor aguda; Mobilidade física prejudicada; Déficit no autocuidado; Risco de lesão;