



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO FACILITADOR NA TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA À PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Cláudia Sofia Rocha Ferreira

2012



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO FACILITADOR NA TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA À PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Cláudia Sofia Rocha Ferreira

Relatório de estágio orientado por:

Prof.^ª Maria Teresa Leal

2012

*“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em
que ele nos transforma”*

(John Ruskin)

AGRADECIMENTOS

O que nos move na vida são, sobretudo, os objectivos que traçamos e as paixões inerentes aos projectos a que nos propomos. O intuito do presente trabalho está implícito numa dessas paixões; paixão pelo conhecimento aliado ao imensurável desejo de ajudar o outro, o doente.

Contudo, consciente de que este projecto apenas prosperou devido ao incondicional contributo, afecto e apoio de determinadas pessoas, não poderia deixar de lhes expressar a minha gratidão.

Antes de mais à minha orientadora, Professora Maria Teresa Leal, pela orientação, apoio, disponibilidade, persistência, esclarecimentos e críticas que oportunamente efectuou.

À Enfermeira-Chefe Manuela Rojão e ao Enfermeiro-Chefe António Rocha, por toda a sua colaboração e disponibilidade demonstradas no decorrer do estágio.

Ao Enfermeiro Fernando Rodrigues, Enfermeira Inês Fonseca e à Enfermeira Mónica Martins, enfermeiros orientadores dos campos de estágio, pelo apoio, disponibilidade e dedicação demonstrados, fundamentais para a consecução dos objectivos propostos para cada serviço.

A todos os meus colegas pela colaboração e ajuda que prestaram ao longo deste tempo.

A todos os meus amigos pela disponibilidade, dedicação e apoio que foram fundamentais e por acreditarem que eu chegaria ao fim desta etapa mesmo quando eu própria vacilei.

Aos meus pais, ao Nuno e aos meus avós pelo incentivo, compreensão e apoio incondicional nos momentos mais difíceis...por estarem sempre presentes... foram a minha maior motivação.

A todos, o meu muito Obrigado!

Por tudo o que me ofereceram.

RESUMO

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é uma doença que afecta um número significativo de pessoas em Portugal, e que tem apresentado um crescimento importante ao longo dos últimos anos, apresentando-se como a principal causa de morte no nosso país.

Face à magnitude desta doença, determinámos como objectivos: adquirir competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico e seus familiares especificamente no âmbito do doente/família com EAM; desenvolver competências de proficiente/perito no acolhimento, tratamento e gestão de cuidados de enfermagem ao doente/família a vivenciar um processo de EAM e, desenvolver competências direccionadas para o papel do enfermeiro como facilitador no processo de Transição Saúde-Doença junto do doente/ família com EAM.

Decorrente desta doença súbita, analisámos a vivência individualizada de cada doente e família, dos seus variados mecanismos de defesa e estratégias de *coping*, da necessidade do envolvimento da família no processo de cuidados de modo a delinear uma Transição positiva, de um estado anterior de Saúde para um novo estado, o da Doença.

Em termos metodológicos, foi realizada uma revisão da literatura acerca deste tema e desenvolvido um estágio de 6 meses, em quatro locais diferentes: um Serviço de Urgência Central, uma Unidade de Cardiologia, um serviço de Hemodinâmica, e por ultimo no nosso local de trabalho, um Serviço de Urgência Geral.

Durante o estágio desenvolvemos as seguintes competências: agir como perito na prestação de cuidado de enfermagem à pessoa adulta com EAM; maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infecção perante a pessoa com EAM; suportar a prática clinica na investigação e no conhecimento, identificar/antecipar focos de instabilidade na pessoa com EAM e actuar como dinamizador da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente/família.

Palavras-chave: Enfarte Agudo do Miocárdio; Enfermagem, Família, Transição Saúde-Doença

ABSTRACT

Myocardial infarction (MI) is a disease that affects a significant number of people in Portugal, and which has showed a significant growth over the past few years, presenting itself as the leading cause of death in our country.

Regarding the magnitude of this disease, we determined as objectives: to acquire expertise in the provision of nursing care to the patient and families ongoing a MI; develop proficient/expert competencies in admission, treatment and management of nursing care, delivered to the patient/family experiencing an MI; and develop nursing skills as a facilitator in the process of Health-Disease Transition among the patient/family.

Due to this illness, we analyzed the individualized experience of each patient and family, its various defense mechanisms and coping strategies, and the need of family involvement in the care process, in order to achieve a positive Transition from an earlier state of Health, to a new state of Disease.

To do so, was held a literature review on this subject and developed an internship of 6 months in four different locations: a central Emergency Room, a Cardiology, an Hemodynamics unit, and a general Emergency Room.

During this period, we develop the following skills: acting as an expert in providing nursing care to adult person with MI; maximize the prevention and control of infection in a person with MI; support the clinic practice in research and knowledge, identify/anticipate outbreaks of instability in a person with MI and act towards a continuous improvement in the quality of patient/family care.

Keywords: Myocardial infarction; Nursing, Family, Transition Health-Disease

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I: O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO DO DOENTE / FAMÍLIA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	18
1. A PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	18
2. O IMPACTO DO EAM NO DOENTE/FAMÍLIA	23
PARTE II: TRABALHO DE CAMPO	31
3. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS	31
3.1. Agir como perito na prestação de cuidado de enfermagem à pessoa adulta com EAM e seus significantes.	32
3.2. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa com EAM.	42
3.3. Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento.	46
3.4. Identificar / antecipar focos de instabilidade na pessoa com EAM.	49
3.5. Actuar como dinamizador da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente/família.	52
4. QUESTÕES ÉTICAS	61
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES E ANEXOS	71

APÊNDICE I. Objectivos e actividades de estágio

APÊNDICE II. Cronograma de estágio

APÊNDICE III. Grelha de observação (informação transmitida à família no SUG)

ANEXO I. Avaliação de estágio no Serviço de Urgência Central

ANEXO II. Avaliação de estágio na Unidade de Cuidados Coronários

ANEXO III. Avaliação de estágio no Serviço de Urgência Geral

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Modelo das Transições em Enfermagem.....	29
Quadro 2. Escala de Sedação de <i>Ramsay</i>	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATP- Angioplastia Transluminal Primária;

MI- *Myocardial Infarction*

AVC- Acidente Vascular Cerebral;

BIA- Balão Intra-Aórtico;

BPM- Batimentos por minuto;

CCI- Comissão de Controle de Infecção;

CD- Coronária Direita;

CDI- Cardiodesfibrilhador implantável;

CMEPSC- Curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica;

DC- Doença Coronária;

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio;

ECG- Electrocardiograma;

EPI- Equipamento de protecção Individual;

FCCS- *Fundamental Critical Care Support*;

FV- Fibrilhação Ventricular;

GIA- Gabinete de Informações e Acolhimento;

HD- Hemodinâmica;

HDFVVC- Hemodiafiltração venovenosa contínua;

IRA- Insuficiência renal aguda;

OE- Ordem dos Enfermeiros;

PCR- Paragem Cardio-Respiratória;

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

SAV- Suporte Avançado de Vida;

SHD- Serviço de Hemodinâmica;

SIV- Suporte Imediato de Vida;

SO- Serviço de Observação;

SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;

SU- Serviço de Urgência;

SUC- Serviço de Urgência Central;

SUG- Serviço de Urgência Geral;

SUP- Serviço de Urgência Polivalente;

UCDI- Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos;

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos;

UNICC- Unidade de Cuidados Coronários;

VMER- Viatura médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

“ A experiência do infarto agudo do miocárdio é vivenciada de forma individual, podendo variar de paciente para paciente em função do sexo, cultura, papel social, estado de saúde, ambiente e das expectativas de vida” (Santos & Araújo, 2003, p. 743).

As doenças isquémicas do coração foram responsáveis no ano de 2000 por cerca de 17% das mortes em Portugal, sendo a terceira maior causa de morte (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), apesar de Portugal ter uma das mais baixas taxas de incidência de doenças isquémicas cardíacas da União Europeia, o elevado consumo de álcool, o baixo índice de exercício físico e a tendência para uma mudança rápida dos hábitos alimentares dos Portugueses, permite prever um significativo aumento destes valores a curto prazo.

Dentro desta categoria de doenças, o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) assume particular relevância, sendo o maior responsável pelo peso relativo ao nível das taxas de mortalidade.

A evolução técnica fez com que as pessoas com esta doença possam sobreviver durante longos períodos, o que implica, simultaneamente, uma maior capacidade de resposta do sistema de saúde (Kirchberger, *et al.*, 2010).

A realidade das pessoas que sofreram EAM, independentemente dos processos fisiopatológicos subjacentes e da gravidade da situação clínica, demonstra um impacto a nível do sistema individual e familiar habitualmente elevado, apesar de nem sempre se verificar uma incapacidade visível da pessoa afectada. Na sua fase aguda, o EAM pode provocar alterações emocionais profundas na pessoa, pelo que a necessidade de suporte familiar pode resultar dos seus padrões de adaptação à doença. Esta fase, coincidente com uma maior delicadeza da situação clínica, começa a ser gerida pela pessoa ainda no internamento hospitalar.

O papel vital do Enfermeiro, além de assegurar a estabilidade clínica do doente encontra-se sustentado pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros

(REPE)¹ no âmbito da reabilitação para a actividade normal da pessoa/ família acometida pelo Enfarte, ao definir a Enfermagem como:

“ (...) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Ministério da Saúde, 1996, p. 2960).

Tendo como referenciais os Descritores de Dublin² para o 2.º ciclo de formação, o Regulamento nº 124/2011, o plano de estudos do CMEPSC, e os documentos publicados pela OE (2011a) (2011b), no que diz respeito às competências, tanto comuns a todos os especialistas, como específicas nesta área de especialização, foi realizado este Relatório de Estágio que analisa criticamente o percurso de aquisição de competências efectuado ao longo dum estágio desenvolvido durante o 3.º semestre do CMEPSC.

A escolha desta temática deveu-se à constatação no nosso local de trabalho (Serviço de Urgência Geral), do número elevado e crescente de episódios de urgência por episódios agudos de EAM associados, não raro, à indevida detecção de sinais e sintomas ou subvalorização dos mesmos pelos doentes, como demonstrado por Santos e Piaggi (2010, p. 44):

“Estima-se que cerca de 5 a 10% de todos os atendimentos realizados nas salas de emergência anualmente são relacionados aos pacientes que apresentem Síndrome Coronária Aguda (...), (...) e das doenças da artéria coronária o infarto do miocárdio lidera os óbitos, sendo que cerca de 50% das mortes ocorre na primeira hora de evolução dos sintomas. O desconhecimento dos sintomas e o conseqüente retardo na procura de ajuda na emergência pioram o prognóstico”.

Surgiu desta forma o desejo de compreender melhor este fenómeno de forma a estabelecer estratégias adequadas, e a adquirir competências especializadas para cuidar da pessoa/família a vivenciar um EAM, pois numa realidade de cuidados de enfermagem em ambiente de urgência a celeridade exigente de cuidados de qualidade, demandam uma cultura de segurança. Acresce-se ainda o facto de ser uma área de

¹ A única função do enfermeiro é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários.

² <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin>

grande gosto pessoal e investimento a nível de desenvolvimento técnico-profissional desde a formação inicial.

Pretende-se assim com a realização deste relatório, descrever criticamente o desenvolvimento de competências especializadas em **Enfermagem na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica**, tendo sido definidas como competências a atingir, as seguintes:

- Agir como perito na prestação de cuidado de enfermagem à pessoa adulta com EAM e seus significantes;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa com EAM;
- Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento;
- Identificar focos de instabilidade face à pessoa com EAM;
- Actuar como dinamizador da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente/ família.

A aquisição de competências ao longo do 3º Semestre foi baseada no Modelo *Dreyfus* aplicado à Enfermagem por Patricia Benner. Segundo este modelo *“na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito”* (Benner, 2005, p. 39). A autora refere ainda que, na base do desenvolvimento de competências está a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a experiência de situações reais.

Todo o trabalho desenvolvido teve como meta a atingir, o desenvolvimento de competências de nível proficiente/perito, pois uma enfermeira com experiência clínica de seis anos num Serviço de Urgência Geral é um profissional que, *“já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado”* e *“tem uma enorme experiência, compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”* (Benner, 2005, p. 54).

Assim, pretende-se com este relatório demonstrar a consolidação de, “*competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem*” (OE, 2009, p. 6).

Para a OE, é imprescindível possuir:

“ (...) um conhecimento aprofundado num domínio da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011b, p. 8648).

Para o desenvolvimento destas competências específicas, definiram-se os seguintes objectivos:

- Adquirir competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico e seus familiares especificamente no âmbito do doente/ família com EAM;
- Desenvolver competências de proficiente/perito no acolhimento, tratamento e gestão de cuidados de enfermagem ao doente/ família a vivenciar um processo de EAM;
- Desenvolver competências direccionadas para o papel do enfermeiro como facilitador no processo de Transição Saúde-Doença junto do doente/ família.

Para alcançar os objectivos definidos, realizou-se estágio num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), numa Unidade de Cuidados Coronários (UNICC), num Serviço de Hemodinâmica (SHD) e no Serviço de Urgência Geral (SUG). Esta escolha surgiu pela necessidade de adquirir competências de prestação de cuidados especializados ao doente crítico em serviços de excelência nesta área de intervenção pois, segundo Arslanian-Engoran (2009, p.50), “ *(...) the recognition and expeditious response of healthcares providers to the presence of a myocardial infarction reduces patient morbidity and mortality and maximizes outcomes (...)*”³ e os enfermeiros “*(...) are in the prime position to set in motion the cascade of recommendations put forth by the*

³ O reconhecimento e rápida resposta dos profissionais de saúde na presença de um enfarte do miocárdio reduzem a morbidade e mortalidade do doente e maximizam os resultados (Tradução Pessoal).

*American College of Cardiology*⁴ (...)” utilizando como estratégias o facto de, “(...) *rely on past experience and nursing knowledge to make triage decisions* (...)”⁵.

Concomitantemente, foi realizada uma revisão bibliográfica que sintetizasse o conhecimento existente sobre esta temática, com o objectivo de identificar as implicações desta doença nas pessoas e suas famílias, descrever estratégias adaptativas utilizadas e, mais especificamente, o papel do enfermeiro como facilitador no processo de Transição Saúde-Doença, recorrendo à Teoria das Transições de *Afaf Meleis*.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados da EBSCO bem como nos catálogos da ESEL e ainda nas diversas bibliotecas dos referidos campos de estágio.

Foi ainda realizado um curso, o *Fundamental Critical Care Support* (FCCS), durante o 2º semestre deste Mestrado, que teve como objectivo a melhoria na qualidade da abordagem inicial do doente crítico. Sendo uma actividade extracurricular, foi escolhido devido a algumas necessidades sentidas no tratamento deste tipo de doentes, aliadas à falta de conhecimentos solidamente aprofundados, para as diferentes tipologias de EAM e seu tratamento.

O FCCS existe em Portugal desde 2001, sob a orientação da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), tendo já granjeado um lugar de destaque na formação pós-graduada no nosso país, e sendo recomendado pelos Colégios da Ordem dos Médicos de Medicina Interna, Anestesiologia, Medicina Intensiva e Medicina de Emergência. Apesar de dirigido primordialmente a médicos, as suas bases também permitem preparar os enfermeiros para:

- Preparar as primeiras 24 horas de tratamento do doente crítico;
- Auxiliar no tratamento da deterioração súbita do doente crítico;
- Estabelecer as prioridades de avaliação do doente crítico;
- Identificar e responder a alterações significativas no doente instável;
- Reconhecer e iniciar o tratamento de situações potencialmente fatais;

⁴ (...) encontram-se numa posição privilegiada para pôr em marcha a cascata de recomendações apresentadas pelo Colégio Americano de Cardiologia (...) (Tradução Pessoal)

⁵ (...) confiarem na sua experiência e no conhecimento de enfermagem para tomarem decisões de triagem (...) (Tradução Pessoal)

- Determinar a necessidade de transferência e preparar o profissional para o transporte.

O programa dá grande enfoque à abordagem do doente crítico na sua generalidade, tendo um módulo específico que explora minuciosamente a abordagem e tratamento do EAM dum ponto de vista clínico. Devendo o enfermeiro especializado enquadrar-se num nível de proficiente, a nível de conhecimento e práticas que lhe permitam actuar com eficiência durante uma situação crítica, este curso contribuiu para o desenvolvimento da perícia, bem como dos conhecimentos específicos e solidamente estruturados para cuidar do doente em estado crítico, especificamente nesta área de estudo. Tratou-se também de um curso cuja frequência se inseria num critério de ambição pessoal, tendo sido concluído ainda durante o 2º semestre deste Mestrado.

A sua realização associada à revisão da literatura, veio contribuir para o aprofundamento de conhecimentos nesta área específica de intervenção, constituindo o suporte teórico ao trabalho de campo desenvolvido e à revisão da literatura apresentada nos capítulos seguintes. Citando Collière, (1999) “*os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida (...)*”. Assim, toda a pesquisa realizada, apenas faz sentido se tiver como intenção a transformação da prática, visando a melhoria da qualidade dos cuidados.

Deste modo o estágio desenvolvido em contexto clínico permitiu a concretização de um projecto individual, que, como refere Fernandes (1999), *decorre “ (...) de uma necessidade ou problema situados no presente, e a representação construída dirige-se para o futuro, para uma mudança a realizar”*. O estágio surgiu assim, como unidade de fusão entre as várias unidades curriculares e nele foram mobilizados todos os conhecimentos desenvolvidos, tanto no seu decurso, como a nível do primeiro e segundo semestre.

Os objectivos estabelecidos e as actividades a desenvolver em cada um dos campos de estágio, poderão ser consultas no Apêndice I.

A escolha do SUC de outro hospital com Urgência Polivalente prende-se com o facto de desejar conhecer uma nova realidade, diferente do nosso contexto de trabalho, tentando obter novos contributos. Adoptando uma metodologia reflexiva, pretendemos

verificar se, de facto, nos encontramos no mesmo patamar de conhecimento científico e de boas práticas na abordagem ao doente com EAM.

O segundo percurso de trabalho foi desenvolvido num hospital central especializado na área da cardiologia, pois em congruência com as idas a campo desenvolvidas no 2º semestre, este apresentava maior relevância em termos de valências de serviços disponíveis, evolução tecnológica e casuística elevada na temática do EAM. Foi programada ainda a passagem pelo SHD da nossa unidade hospitalar, de modo a compreender o seguimento e continuidade dos cuidados ao doente/família que se encontram a vivenciar uma transição para um estado de doença súbita, procurando recrutar novos conhecimentos da técnica em si, bem como do trabalho específico desenvolvido pela equipa de enfermagem, e sua actuação junto do doente, bem como informação e esclarecimentos prestados ao seu familiar.

Finalizando este percurso de estágio num SUG de um hospital com Urgência Polivalente na zona de Almada, pretendemos integrar todos os conhecimentos e competências adquiridas ao longo de seis meses nos diversos centros especializados, assumindo também um papel de assessoria junto da equipa de enfermagem, almejando uma melhoria da qualidade do serviço prestado aos utentes. Foi ainda observado o trabalho desenvolvido pela equipa de humanização neste serviço, o seu foco de atenção e prioridades dispensadas junto da família do doente com EAM. Família esta, que se vê limitada à sala de espera sem contacto com o seu familiar (devido às necessidades emergentes do tratamento prioritário do doente na sala de reanimação). Em consonância com o pensamento de Collière, dado que exercemos funções num SUG, e por constatarmos a ocorrência de um elevado número de episódios de urgência no contexto do EAM, considerámos pertinente a realização de parte do ensino clínico neste serviço, pelo nosso dever ético de trazer contributos para o serviço e, desta forma, colaborar na melhoria dos cuidados prestados, programando assim a sua realização como percurso final de estágio, após ter obtido os melhores contributos de peritos e dos centros especializados no tratamento deste flagelo. O cronograma referente à distribuição dos serviços anteriormente descritos numa escala temporal será inserido no Apêndice II.

Ao longo do estágio, e conforme planeado, foram ainda ouvidos peritos desses locais, nomeadamente os enfermeiros orientadores de cada campo de estágio, que permitiram

direccionar alguma pesquisa bibliográfica acessória, bem como focar a atenção no essencial e até fortalecerem o trabalho, desenvolvendo e redefinindo alguns dos objectivos previamente propostos.

Como guia norteador para a realização do quadro conceptual deste relatório bem como para o desenvolvimento da nossa prática clínica, foi utilizada a Teoria da Transição de *Afaf Meleis*, em que transição é definida como a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outra; referindo-se tanto ao processo como ao resultado de interacções complexas entre a(s) pessoa(s) e o ambiente, estando imbuída no contexto e na situação (Chick e Meleis cit. por Meleis & Trangenstein, 1994). Nesta teoria estão identificados alguns indicadores de uma transição bem-sucedida; nomeadamente o bem-estar emocional, o domínio de uma situação (*mastery*), a qualidade de vida, a adaptação, a capacidade funcional e a transformação pessoal. A Enfermagem pode dar uma contribuição única neste processo, já que a sua finalidade é, proporcionar às pessoas em transição um sentimento de bem-estar. A enfermagem é definida como o facilitador de transições para aumentar o sentimento de bem-estar, sendo o cuidado de enfermagem, portanto, o processo de facilitar transições (Meleis & Trangenstein, 1994).

Este relatório de Estágio encontra-se organizado em duas partes. Na primeira inclui-se uma revisão da literatura sobre o cuidado de enfermagem especificamente dirigido ao doente com EAM. De forma a dar corpo a este relatório, optou-se por o dividir em dois capítulos. Assim, o primeiro diz respeito ao enquadramento teórico onde se aborda o quadro de referência de enfermagem e contextualiza o tema. A segunda parte corresponde ao trabalho de campo que decorreu nos serviços anteriormente referidos contempla, para cada competência desenvolvida, a descrição e análise das actividades realizadas, com vista a dar resposta aos objectivos propostos. Por fim, referem-se as implicações éticas em causa, e realizam-se as considerações finais.

PARTE I: O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO DO DOENTE / FAMÍLIA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

1. A PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

As doenças cardiovasculares, nomeadamente a doença coronária (DC), com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e directas para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública (se não o mais importante). Urge minorá-las, pois apesar da baixa taxa de mortalidade observada no nosso País comparativamente a outros países europeus, devem continuar a ser uma preocupação para o nosso sistema de saúde, sobretudo considerando a perspectiva de crescimento da sua incidência, apontada internacionalmente, até ao ano 2025 (Despacho N°16415/2003, 2003).

O EAM constitui um grave problema de saúde que:

“ (...) preocupa as entidades responsáveis pela saúde a nível mundial, porque afecta uma larga percentagem da população cada vez mais jovem e porque é responsável pela deterioração da qualidade de vida das pessoas, limitando-as no seu potencial de vida e de liberdade, com enorme repercussões pessoais na vivência do quotidiano a nível familiar, social e profissional”
(Pereira, 2000, p. 14).

Atribui-se uma grande incidência e mortalidade causada pelas doenças cardíacas, especificamente pela doença cardíaca isquémica às transições demográficas e epidemiológicas que os países industrializados iniciaram há cerca de 100 anos. A primeira, acentuada pela diminuição da fertilidade e da natalidade, a segunda pela redução da mortalidade geral e infantil (em estreita relação com a erradicação das doenças infecto-parasitárias), conduzindo a população ao “envelhecimento” e ao aumento da esperança de vida (Giannini, Forti & Diament, 2002).

Apesar de a mortalidade por EAM ter vindo a diminuir progressivamente⁶, é provável que este facto, segundo Spertus *et al.* (2003), decorra do desenvolvimento das

⁶ No ano 2000 a taxa de mortalidade em Portugal por doença isquémica do coração foi reduzida em 4,7%, quando comparada com o ano anterior (Direcção Geral De Saúde, 2003) cujo valor foi de 18,7 (por 100 000 pessoas) (Despacho N°16415/2003, 2003).

unidades de cuidados intensivos e dos progressos no seu tratamento ao invés de mudanças significativas dos estilos de vida dos doentes, repercutindo-se assim num aumento das taxas de sobrevivência. Por esse facto, o EAM tende a ser mais prevalente nos idosos, pelo que, num contexto de envelhecimento demográfico, esta tendência para a redução da mortalidade pode estar comprometida (Pereira, 2000).

Quanto aos factores de risco, os mais frequentes do ponto de vista epidemiológico são o tabagismo, a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia. Aliado à modernização das sociedades ocidentais, a população acometida por este flagelo encontra-se a mudar. Se inicialmente atingia preferencialmente indivíduos do sexo masculino em escalões etários mais elevados, tem-se observado um aumento da incidência em indivíduos mais novos assim como em mulheres. Segundo Carrageta, cit. por Pereira (2000, p. 65), este facto justifica-se porque “ (...) *os nossos jovens têm uma alimentação cada vez mais rica em gorduras saturadas e pobre em fruta, hortaliças e cereais e como se isso não bastasse, começam a fumar cedo...e trocaram as actividades físicas pelos jogos de computador (...)* ”.

Até recentemente existia um consenso geral no diagnóstico clínico do EAM, baseado nos critérios da Sociedade e Federação Internacional de Cardiologia e da Organização Mundial de Saúde, publicados em 1979, que o definiam pela associação de duas ou três características:

1. Sintomas típicos;
2. Elevação enzimática;
3. Desenvolvimento de ondas Q ou QS patológicas e persistentes e de elevação de segmento ST durante pelo menos, um dia (Soares-Costa, 2005).

O EAM é um processo pelo qual o tecido miocárdico é destruído em zonas desprovidas de fluxo sanguíneo suficiente, em virtude da redução do fluxo sanguíneo coronário, por estreitamento súbito de uma artéria coronária decorrente da aterosclerose, ou pela obstrução total por um êmbolo ou trombo. A isquémia altera quase imediatamente a integridade e a permeabilidade da membrana celular aos electrólitos, produzindo-se por isso, diminuição da contractibilidade miocárdica. O sistema nervoso autónomo tenta compensar a diminuição da função cardíaca, provocando um novo desequilíbrio entre a oxigenação miocárdica e as suas necessidades de oxigénio. A área do miocárdio onde

ocorre morte celular e necrose muscular, denomina-se por zona de enfarte. A nível de traçado electrocardiográfico (ECG), esta zona traduz-se pelo aparecimento de ondas Q ou QS patológicas, as quais reflectem ausência de despolarização da superfície cardíaca atingida. À medida que ocorre a cicatrização, as células desta área são substituídas por tecido cicatricial. A zona de enfarte encontra-se envolvida por uma área de tecido danificado mas potencialmente viável, denominada zona de lesão. Devido ao ineficiente aporte sanguíneo, a repolarização das células desta área é incompleta, o que se traduz pela elevação do segmento ST. Envolvendo a zona de lesão, encontra-se a zona de isquémia constituída por células viáveis que, apesar da sua repolarização estar afectada, pode voltar ao normal. Esta repolarização pode traduzir-se pela inversão da onda T (Edwards, 2002; Bressan, Jorge & Zientarski, 2007 e Soares-Costa, 2005). As variações na repolarização consistem em alterações no segmento ST e onda T, ocorrendo em duas fases: aguda e evolutiva. Na fase aguda, ocorre uma elevação do segmento ST nas derivações referentes à superfície envolvida, com alterações recíprocas do ST nas derivações referentes à superfície oposta. Esta elevação pode ser precedida por onda T hiperaguda. Durante a fase evolutiva o segmento ST e a onda T hiperaguda, transforma-se em ondas T amplas e invertidas (Edwards, 2002).

Os EAM podem ser classificados de acordo com a localização (na superfície do miocárdio), e com as camadas musculares atingidas. Os enfartes transmuraux envolvem as três camadas da parede cardíaca: endocárdio, miocárdio e epicárdio. Provocam uma necrose espessa e são geralmente acompanhados de alterações da função ventricular esquerda. As alterações num ECG provocadas por um enfarte transmural revelam alterações de despolarização (complexo QRS) e de repolarização (complexo ST-T). As alterações de despolarização traduzem-se pelo aparecimento de novas ondas Q, mais profundas e mais largas que o normal. Os enfartes não transmuraux dividem-se em subendocárdicos, se envolvem o endocárdio e o miocárdio, e sub-epicárdicos, quando envolvem o miocárdio e o epicárdio (Marshall, 2011).

A localização e a extensão de um enfarte dependem do local e gravidade de estreitamento da artéria coronária, presença, localização e gravidade do espasmo da artéria coronária, diminuição do leito vascular perfundido pelos vasos afectados,

extensão dos vasos colaterais e necessidade de oxigénio do miocárdio pouco perfundido (Edwards, 2002).

Os principais sinais e sintomas do EAM são a dor precordial ou subesternal constante, intensa, de natureza esmagadora e constrictiva que pode irradiar para o pescoço, mandíbula ou membros superiores, muitas vezes associada a falta de ar. Pode ainda ocorrer hipertensão, hipotensão, desorientação, agitação, entre outros (Keenan, 2006). No entanto em alguns grupos de doentes, a dor pode não se encontrar presente, ou não ser o sintoma mais importante relatado pelos próprios. Destacam-se os doentes diabéticos, hipertensos e idosos (Smeltzer & Bare, 2005).

No atendimento ao doente com dor torácica sugestiva de EAM, o enfermeiro deve realizar uma história organizada e sistematizada. Na estruturação do plano de cuidados durante a fase aguda, o enfermeiro deve estar atento à satisfação da necessidade do doente de oxigenação/ventilação, circulação/perfusão, conforto/controle da dor, segurança psicossocial, espiritual (Morton, Fontaine & Hudak, 2007), o doente é internado numa unidade de cuidados coronários, com diversos equipamentos de alta tecnologia que impedem um silêncio contínuo, necessário ao seu repouso físico e psicológico (Pereira, 2000).

A evolução tecnológica foi responsável pelo aumento da taxa de sobrevivência dos doentes com EAM, associado ao tratamento invasivo com mínimas complicações, sendo a angioplastia transluminal percutânea (ATP) realizada durante o cateterismo cardíaco, o método de eleição na maioria dos EAM com supradesnivelamento de ST actualmente. Trata-se da técnica de reperfusão preferível se o procedimento puder ser realizado até 12 horas após o início dos sintomas (Society of Critical Care Medicine, 2008). Caso não seja possível proceder à ATP primária, a transferência para uma unidade com recursos de reperfusão invasiva é mandatória.

Após o tratamento, o doente é transferido para uma Unidade Coronária, onde permanece durante 2 a 3 dias, sendo este o período onde incorre em maior risco de fibrilhação ventricular (FV) e/ou edema pulmonar pós-operatório (Society of Critical Care Medicine, 2008). O papel do enfermeiro na Unidade Coronária é de fulcral importância, destacando-se a importância do seu conhecimento técnico-científico, da sua habilidade de relacionamento interpessoal, e da sua capacidade de liderança conferindo uma grande autonomia no desempenho das suas acções. Os cuidados

prestados a estes doentes devem advir de profissionais especializados, dos quais se requer “ (...) *capacidade de trabalho, iniciativa, profundidade de conhecimentos e aprendizado de novas técnicas, associadas ao julgamento inteligente, à observação e ao contacto directo à beira do leito, os quais nunca devem ser substituídos por qualquer equipamento*” (Cintra, Nishide & Nunes, 2003, p. 284). Se não ocorrerem complicações, o doente é transferido para uma Unidade de Cuidados Intermédios ou enfermaria com telemetrias disponíveis, sendo-lhe já possível deambular pelo serviço, desde que, mantenha supervisão clínica e de enfermagem.

Embora seja pertinente ter conhecimentos fisiopatológicos actualizados, o interesse particular deste trabalho não se centra nessa dimensão, mas sim, na singularidade de cada pessoa ao lidar com a sua doença. O grande desafio no trabalho de enfermagem consiste na procura contínua de uma assistência individualizada e humana, num ambiente onde impera a complexidade tecnológica. Para Cintra, Nishide, e Nunes (2003), o primeiro passo do enfermeiro é conhecer o doente, adoptando uma visão abrangente, valorizando os aspectos biopsicossociais que integram a sua vida como ser humano (Figueiredo, Stipp & Leite, 2008). A compreensão de que cada pessoa é singular e experiencia a sua doença e hospitalização de forma única; permite ao enfermeiro abordar cada doente de maneira individualizada.

O enfermeiro deve tentar proporcionar um local tranquilo e silencioso; e no âmbito psicológico, orientar o doente e os familiares, ouvir os seus medos e esclarecer sobre os procedimentos que serão realizados, bem como o tratamento e o prognóstico (Mussi *et al.* cit.por Santos & Piaggi, 2010).

2. O IMPACTO DO EAM NO DOENTE/FAMÍLIA

Ao sofrer um EAM, a pessoa tem, obrigatoriamente, de modificar estilos de vida com repercussões no quotidiano e na sua qualidade de vida.

A doença coronária e as suas complicações estão associadas a vários factores de risco, que se classificam em alteráveis, tais como a hipertensão arterial, dislipidémia, tabagismo, obesidade, sedentarismo, utilização de anticoncepcionais, stresse emocional, entre outros, e factores não alteráveis tais como: idade, sexo, raça e antecedentes familiares para doença cardíaca. (Scherer, Stumm, Loro, Marli & Kirchner, 2011).

Além das alterações físicas que acompanham o doente com EAM, existem alterações que permeiam o âmbito pessoal cuja vivência é experimentada de maneira diferente por cada indivíduo e pelas suas famílias.

Na sua fase aguda, a doença é sentida como uma situação de urgência na qual se mobilizam todos os recursos pessoais. Nestas situações visualizamos um grande sofrimento emocional vinculado ao medo da morte e da invalidez, assim como depressão, angustia, medo e incerteza, decorrentes da transição para uma nova condição de saúde. Todo este turbilhão de sensações pode comprometer o quadro clínico, deteriorando o prognóstico do doente, já que é gerador de ansiedade e potenciador de stresse.

A ansiedade e depressão são factores importantes nas pessoas que apresentam EAM, pelo principal receio de virem a falecer subitamente. Segundo Stewart, cit. por Cainé (2004), este stresse não resulta apenas da ocorrência do EAM, mas também dos receios relacionados com alterações no seu estilo de vida bem como alterações conjugais e familiares. Este excesso de ansiedade deve ser prevenido com uma orientação prudente do doente e dos seus familiares.

Para estes doentes a orientação terapêutica a longo prazo centra-se no controle da sintomatologia e na prevenção de um novo evento isquémico (Cainé, 2004), já que os processos degenerativos que culminaram na doença cardíaca isquémica não têm cura.

Neste contexto, é necessário uma alteração de estilos de vida anteriores; a pessoa introduz mudanças no seu quotidiano, realizando práticas que antes não realizava.

Todas estas acções se repercutem na sua vida, gerando mudanças abruptas; muitas vezes uma necessidade de cuidados de saúde prolongados pode gerar dificuldades económicas, que por sua vez irão condicionar a eficácia da adesão ao regime terapêutico, afirmando Cainé (2004, p.15) que “*em situações limite é a própria sobrevivência da pessoa que pode estar em causa*”. O enfermeiro pode então contribuir com inúmeras acções no sentido de obter melhor adesão dos doentes ao tratamento com a consequente melhoria da qualidade de vida e de saúde (Scherer, Stumm, Loro, Marli & Kirchner, 2011).

Como sustentado anteriormente, a doença deverá ser então encarada não apenas como uma patologia clínica específica, mas também como a percepção individual e subjectiva de mal-estar de cada pessoa, pois como “*(...) o processo de transição é único, pelas variáveis pessoais e contextuais, só é passível de compreensão na perspectiva de quem a experiencia*” (Mendes, Bastos & Paiva, 2010, p. 8). Deste modo ao causar uma avaliação diferencial em cada indivíduo, também os seus padrões de adaptação e estratégias de *coping* serão individualizados.

Na tese elaborada por Pereira (2000), este confronto entre doença física/psicológica assume particular relevo ao elucidar a dicotomia de Cassem e Hackett, que referem que estes doentes sofrem de uma dupla perturbação, o **Enfarte do Coração** e o **Enfarte do Ego**. O primeiro trata-se da patologia clínica, no seu sentido puramente biomédico; o segundo remete-nos para perdas ao nível da integridade física do doente, da sua auto-estima, autonomia, bem como da abolição de sua vida anteriormente tranquilizada e confortável. Os doentes vivem assim “*a ameaça da sua existência e do seu ego*” (Pereira, 2000, p. 15). Este sentimento de perda pode manifestar-se em pequenas coisas como o tipo de alimentação ou as actividades sociais; porque as pessoas esperam mudanças nos seus estilos de vida, mas têm muitas dúvidas em relação à natureza dessas mudanças. A mudança é sempre difícil para todo o ser humano, passando pelo enfermeiro o papel de desmistificar as dúvidas que possam surgir durante o percurso da doença, pois se estas não forem atempadamente desfeitas, a possibilidade de isolamento social é ainda mais elevada. Isto permitirá ao profissional mais experiente verificar o âmbito da actuação da enfermagem, para posterior atendimento às necessidades do doente/família, auxiliando e funcionando como vínculo no processo de Transição de Saúde-Doença, permitindo uma melhor adaptação a

diferentes circunstâncias da vida, proporcionando um cuidado individualizado e humanizado.

A teoria de médio alcance de Meleis refere que a função primordial da Enfermagem é auxiliar a gestão da transição de uma condição de vida do doente (Davies, 2005). Todas as pessoas vivenciam processos de transição ao longo da vida, pois estas são um resultado da mudança de vida, saúde, relacionamento e ambiente (Meleis, *et al.*, 2000). Nesta perspectiva, Chick e Meleis (1986) citados por Schumacher e Meleis (1994), definiram **transição** como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Face a este pressuposto, pretende-se operacionalizar a teoria de *Afaf Meleis*, à vivência de uma transição saúde-doença de um doente num processo de EAM, transitando assim dum padrão de vida saudável para um estado de doença súbito.

Uma alteração na vida das pessoas requer um período de ajustamento compensatório que resulta numa adaptação ao evento (Tomey & Alligood, 2007). A Enfermagem, enquanto ciência, desempenha um papel importante na melhoria da capacidade desta adaptação e na transformação de todas as condições e circunstâncias da conduta das pessoas, tomando como atenção os recursos pessoais.

Os enfermeiros preparam “ (...) *os clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença*” (Meleis, *et al.*, 2000, p. 13).

Na perspectiva de Zagonel (1999, p.28):

“ (...) a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente. O enfoque está na disposição para ajudar na passagem de um estado a outro considerando que as situações difíceis irão gerar respostas positivas e negativa (...) ”.

A teoria de médio alcance de Meleis é uma teoria que resulta da análise de estudos de caso e, portanto, acessível aos profissionais. Esta teoria permite uma visão mais coerente e integradora do individuo, assim como uma antecipação do diagnóstico, pelo que é fundamental uma atenção mais sistemática por parte dos enfermeiros (Meleis, 2007). No processo de assistência em enfermagem é fundamental que os enfermeiros sejam facilitadores do processo de transição e, portanto, que tenham em consideração

todas as dimensões intrínsecas e extrínsecas ao doente. É importante que identifiquem o tipo de transição que o doente está a vivenciar para que possam assim desenvolver um plano de intervenção adequado às suas necessidades reais.

No que se refere à natureza das transições estas podem ser classificadas quanto ao tipo, padrões e propriedades.

Quanto ao tipo, as transições podem ser situacionais, de saúde/doença, organizacionais e desenvolvimentais. É importante que os profissionais de saúde tenham em consideração que pode haver sobreposição do tipo de transição, e que a natureza da relação entre os diferentes eventos funciona como uma alavanca para as transições sentidas pelo doente (Meleis, *et al.*, 2000).

Neste trabalho, bem como nos estudos de caso desenvolvidos durante o estágio, o foco de atenção está na transição saúde-doença, por se considerar ser a mais directamente envolvida na experiência do EAM e em todo o processo de adaptação à nova condição de saúde.

Quanto aos padrões, as transições podem ser classificadas como simples ou múltiplas. As múltiplas podem ainda ser classificadas em sequenciais, simultâneas e relacionadas ou não relacionadas. Dificilmente um doente vivencia uma única transição, daí raramente ser do tipo simples, uma vez que uma mudança implica outros reajustes além da aparente.

Na mudança para um comportamento de saúde é de extrema importância caracterizar a forma como o doente está a viver a situação (propriedade). A situação do EAM implica que o doente se consciencialize da necessidade da mudança (*awareness*). Caso não o faça significa que ainda não iniciou o processo de transição (Meleis, *et al.*, 2000). A consciencialização por parte do doente, por vezes, é difícil, uma vez que há dificuldade na aceitação do seu estado de saúde e da necessidade de alteração de hábitos de vida anteriores. Além da consciencialização da necessidade de mudança, é necessário que o doente se sinta envolvido (*engagement*) na situação, o que tem influência directa no seu nível do compromisso no processo; exemplos deste envolvimento incluem a procura de informações e a mudança proactiva nas actividades.

As alterações e diferenças são propriedades essenciais nas transições, pois enquanto todas as transições envolvem alterações, nem todas as alterações remetem para transições. Segundo Meleis, *et al.* (2000) as transições são então resultado de alterações e resultam em alterações. Ocorrem alterações em papéis, identidade, relações, habilidades e padrões de comportamento. As dimensões das alterações que devem ser exploradas incluem a natureza, temporalidade, gravidade, e normas e expectativas pessoais, familiares e sociais.

Sendo todas as transições caracterizadas por variações ao longo do tempo, Meleis, *et al.* (2000) reforçam que existe uma percepção da mudança, uma mudança propriamente dita, um período de instabilidade; culminando num período de estabilidade.

O enfermeiro necessita de ter uma visão ampla, conhecimento e experiência de forma a reconhecer todo o meio envolvente e ser um facilitador no processo de transição.

As condições das transições podem ser denominadas por **facilitadoras** ou **inibidoras**; além disso podem ser caracterizadas por pessoais ou relativas à comunidade e ajudam o enfermeiro a perceber as condições que podem ajudar o doente a ir ao encontro do seu bem-estar e as que o colocam em risco de vivenciar uma transição difícil (Schumacher & Meleis, 1994). As condições pessoais, por sua vez, podem ser subdivididas quanto aos significados atribuídos aos eventos: crenças e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento. A preparação anterior facilita o processo de transição, além de que o conhecimento do que é expectável durante a transição e as estratégias de gestão da transição também são facilitadoras (Meleis, *et al.*, 2000).

Os padrões de resposta são considerados de dois tipos, indicadores de processo e de resultado. Através dos mesmos, é possível avaliar o conhecimento acerca da transição, os recursos próprios e a forma como é encarado o momento crítico.

Os indicadores de processo incluem o sentir-se envolvido, a interacção, o estar situado, a confiança e o *coping* (Meleis, *et al.*, 2000). Através destes indicadores é possível encontrar um sentido para a transição, de forma a ser vivida de maneira saudável ou induzir estados de maior vulnerabilidade, que se podem traduzir numa redução da sua qualidade de vida. Apesar destes indicadores serem definidos pela própria pessoa, o

enfermeiro desempenha um papel orientador para que a transição seja promotora da qualidade de vida. Os indicadores de processo como factores que conduzem o doente em direcção à saúde ou à vulnerabilidade e risco, são os sentimentos de ligação ao processo de transição, o desenvolvimento de confiança e mecanismos de *coping* (Meleis, *et al.*, 2000).

Os indicadores de resultado são a mestria e a integração fluida. A mestria indica se, com a vivência da experiência de transição, o indivíduo alcançou um resultado positivo e saudável, e pode ser visível quando o indivíduo começa a fazer as suas próprias escolhas e a assumir o controlo da situação (Davies, 2005). O estar situado pode ter um impacto positivo pela comparação com outros doentes na mesma situação, já que “(...) *Transition experiences have been characterized as resulting in identity reformulation*”⁷ (Meleis, *et al.*, 2000, p. 26). O desenvolvimento da confiança e estratégias de *coping* focadas no problema ficam favorecidos pela compreensão dos fenómenos inerentes ao processo de transição. As perspectivas tornam-se assim “biculturais” ao invés de “monoculturais” (Davies, 2005).

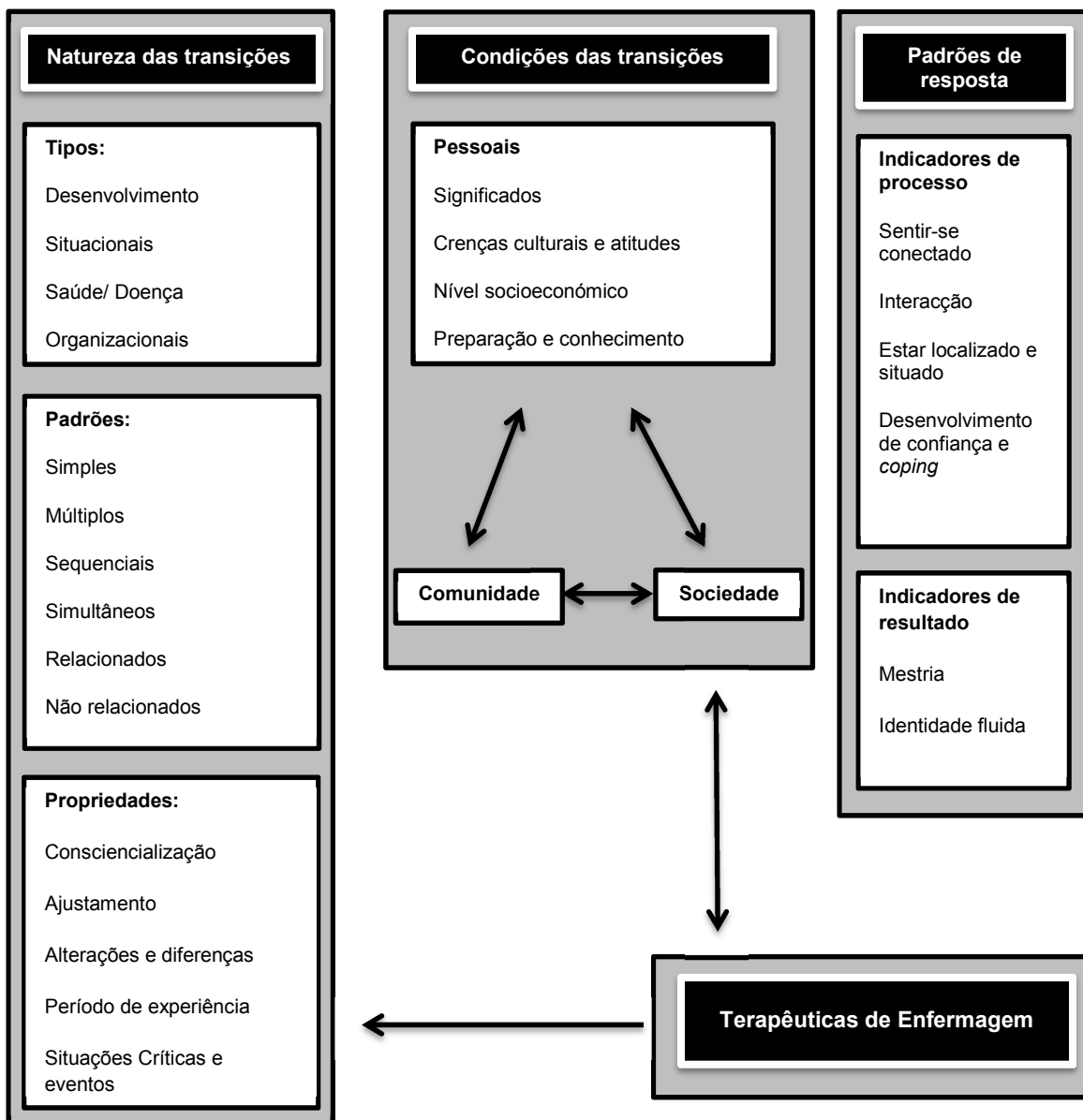
Na vivência de uma transição saudável, para que a pessoa se sinta envolvida, é fundamental que o profissional responda às suas dúvidas. Esta confiança no enfermeiro acrescida de um bom apoio social (família, amigos) reflectir-se-á na sua adesão ao regime terapêutico.

A área das terapêuticas de Enfermagem permite que o enfermeiro identifique a melhor acção para a manutenção e promoção da saúde (Chick & Meleis, 1986). Estas podem ser situadas em termos preventivos, promocionais ou interventivos.

*“Understanding the properties and conditions inherent in a transition process will lead to the development of nursing therapeutics that are congruent with the unique experiences of clients and their families, thus promoting healthy responses to transition”*⁸ (Meleis, *et al.*, 2000, p. 27), no entanto este percurso não é linear e necessita de um reconhecimento/reavaliação constante de todo o processo. Seguidamente apresentamos um esquema que sustenta, o anteriormente exposto (Quadro 1).

⁷ “ (...) as experiências de transição têm sido caracterizadas como resultando numa reformulação da identidade” (Tradução Pessoal).

⁸ “Compreender as propriedades e as condições inerentes ao processo de transição irá conduzir ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que são congruentes com as experiências únicas dos clientes e suas famílias, promovendo respostas saudáveis para a transição” (Tradução pessoal).



Quadro 1. Modelo das Transições em Enfermagem (Meleis, *et al.*, 2000), adaptado de Davies (2005).

Assim sendo, é necessário que os enfermeiros sejam detentores de perícia para que sejam verdadeiros facilitadores do processo de transição. Só assim poderão ser verdadeiramente significativos para a população e desenvolver uma “ (...) *Enfermagem com mais Enfermagem* (...) ” (Silva, 2007, p. 18). Somos os profissionais que melhor podem desempenhar o papel de facilitadores do processo de transição, pela maior proximidade e conhecimento da realidade e necessidades das pessoas.

No entanto, deve haver uma consciencialização do enfermeiro de que o seu papel não é de substituição, mas de parceria, ou seja, não devemos assumir uma atitude paternalista, mas sim ajudar o indivíduo no encontro do seu bem-estar e logo, da melhor qualidade de vida.

PARTE II: TRABALHO DE CAMPO

3. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS

“A pessoa que faz reflexão procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir das práticas (...)” (Santos & Fernandes, 2004, p. 60).

O processo de certificação de competências clínicas especializadas, encetado pela Ordem dos Enfermeiros, pretende assegurar que o enfermeiro detém:

“ (...) conhecimento, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

De facto, como cada processo de saúde/doença é vivido de forma singular por cada indivíduo, é essencial que o enfermeiro, na sua área de especialidade, promova, estimule, facilite e sirva de suporte aos projectos de saúde de cada indivíduo, contribuindo para a sua qualidade de vida. A sua actuação tem que ser alicerçada nos saberes adquiridos da prática em estreita articulação com todo um leque de informação científica, técnica e tecnológica actualizada e apoiada na evidência.

Segundo Serrano, Costa, e Costa (2011, p.16), *“o processo de cuidar, muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências”*. Isto advém de uma multidisciplinariedade na complexidade das respostas aos problemas de saúde, bem como da indispensabilidade de cuidados de enfermagem, que requisitam um profissional competente. Os diversos contextos de trabalho, enquanto ambiente, manipulam e são manipulados pela subjectividade de cada pessoa, pelas particularidades no colectivo, que se articulam e reinventam um novo colectivo, que devidamente consciencializadas e contextualizadas promovem aprendizagens ao longo da vida (Serrano, Costa & Costa, 2011). A aprendizagem é deste modo experiencial (Alarcão, 2000, cit. por Serrano, Costa & Costa, 2011), fruto de uma natureza interactiva de relações intrapessoais, interpessoais, e da realidade

exterior e das pessoas que a rodeiam. Ou seja o indivíduo aprende diariamente, com o que o rodeia de variadas formas, tornando-se “aprendente” ao longo da vida. Esta aprendizagem garante a todos acesso às ofertas de formação, que emerge como resposta às inconstâncias existentes às mudanças a gerir. Assim o desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve como determinantes os sujeitos, os saberes e o contexto. Saberes estes construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas na prestação de cuidados e mediados por uma prática reflexiva.

É, então, com vista ao desenvolvimento das competências descritas anteriormente, que se apresenta todo o trabalho desenvolvido durante o estágio que visou dar resposta à aquisição bem-sucedida das mesmas.

3.1. Agir como perito na prestação de cuidado de enfermagem à pessoa adulta com EAM e seus significantes.

Como já foi exposto anteriormente, a experiência do EAM é subjectiva e vivida de forma diferente para cada indivíduo, o que necessariamente reporta para alterações, não estanques no seio da sua família. De forma a atingir competências ao nível de perito, vislumbrou-se de extrema importância a escolha de locais de estágio que fossem referência no atendimento e tratamento desde tipo de doentes, e que nos ajudassem a desenvolver a prestação de cuidado de enfermagem à pessoa adulta com EAM e seus significantes numa perspectiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção e em diversos contextos.

A escolha de um Serviço de Urgência Central (SUC) com Urgência Polivalente de um hospital da grande Lisboa, teve como objectivo, extrair novos contributos de um similar contexto de trabalho, adoptando uma metodologia reflexiva e permitindo verificar se nos encontramos no mesmo patamar de conhecimento científico e qualidade de cuidados de Enfermagem, nomeadamente no atendimento do doente/família com EAM. Tratando-se ainda de um hospital universitário observamos que, *“nele estão presentes capacidades notáveis ao nível dos recursos humanos, das tecnologias praticadas e do saber acumulado (...) com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência”* (<http://www.hsm.min-saude.pt/>, 2011), tornando este estágio imprescindível à aquisição de competências como enfermeira especializada.

Ao iniciar o estágio, foi realizada uma reunião com o Sr. Enfermeiro Chefe, bem como com o enfermeiro orientador, tendo-lhes sido apresentado e entregue o projecto de estágio, para que se pudessem inteirar dos objectivos e se disponibilizassem a proporcionar o desenvolvimento das actividades a que nos propúnhamos.

O SUC atende uma média de 528 doentes por dia, sendo o dia de maior confluência a segunda-feira e o período da manhã (8h-16h) o mais procurado. A faixa etária que mais recorre ao atendimento no SUC é a dos 25 aos 44 anos, com uma expressão de 27,45%. A equipa de enfermagem é composta por 126 enfermeiros (99+27 do Bloco Operatório da Urgência), em regime de rotatividade por turnos. Dotado de uma área própria para a realização da triagem de Manchester, que adoptou e mantém desde 2003, são os enfermeiros responsáveis pela execução da mesma e o primeiro contacto com o doente/família na entrada desta unidade hospitalar. Tem ainda uma sala de reanimação com 3 postos de atendimento equipados com moderna tecnologia (ventilação assistida, monitorização hemodinâmica e radiologia). Dispõe ainda de um Serviço de Observação (SO) equipado com 16 camas monitorizadas, que recebe doentes internados em respiração espontânea que necessitem de observação clínica e de enfermagem constante ou que aguardem observação e decisão médica de especialidades. Prevê-se, assim, na maioria dos casos um internamento curto, para estabilização ou resolução. Tem ainda diversos gabinetes para o atendimento de ambulatório e para cuidados e tratamentos específicos. Integrado no SUC encontra-se ainda um bloco operatório com 2 salas e uma zona de recobro anestésico, em que os recursos humanos são reforçados com membros do SUC.

De modo a agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem ao doente com EAM nos diversos contextos, começámos por nos integrar na equipa do SUC, envolvendo-nos na prestação directa de cuidados a todos os doentes do serviço, e quando possível na área da doença cardíaca, ambicionando especificamente o doente com EAM. No entanto, foi necessária uma redefinição dos objectivos traçados, apenas para o doente com dor torácica, uma vez que a casuística de ocorrência de EAM naquele período foi nula durante os turnos praticados no SUC.

Assim, os cuidados directos prestados serviram diversos propósitos, nomeadamente: aproximação aos doentes e conhecimento dos seus problemas, conhecimento da equipa e dos seus métodos de trabalho, facilitar a aceitação da equipa às sugestões

propostas ao longo do estágio. Através desta abordagem, complementada pela consulta dos processos clínicos dos doentes, foi possível conhecer os seus problemas e necessidades, os quais motivaram intervenções da nossa parte. Foi o caso da intervenção junto de um doente com uma cardiopatia isquémica grave, já portador de um cardiodesfibrilhador implantável (CDI). Este doente foi vítima de uma paragem cárdio-respiratória (PCR) na sequência de uma FV em virtude de uma dessincronia do dispositivo. Foi reanimado na via pública e transferido para o SUC, onde acabou por sofrer nova PCR, rapidamente revertida, já com o apoio de especialistas de Cardiologia na sala de reanimação. Neste contexto, foi pertinente e benéfico algum contributo pessoal, decorrente da nossa experiência clínica de 6 anos também num SU, pois embora usualmente confrontados com estas situações, a vivência similar num contexto e realidade diferente contribui para reflexão pessoal e amadurecimento de competências já anteriormente adquiridas, aqui especificamente no tratamento ao doente em PCR na sala de reanimação. Embora na equipa se tenha denotado uma adequada alocação dos diversos membros de enfermagem nas suas respectivas “posições/funções” durante uma reanimação (por ex. o enfermeiro responsável pela via aérea, o enfermeiro encarregue da instituição de um acesso venoso e administração de drogas, e o chefe de equipa responsável pelo apoio, coordenação e gestão da mesma), bem como uma rápida intervenção durante as manobras de suporte avançado de vida (SAV), a nossa actuação foi solicitada, integrando a equipa como se da nossa própria se tratasse, com as inerentes condicionantes de falta de conhecimento pessoal de cada membro (enfermagem e clínico). Esta colaboração foi sentida como um reconhecimento das competências profissionais adquiridas ao longo do percurso profissional, partilhadas neste estágio com uma equipa que vive diariamente a nossa realidade e que partilha este contexto de trabalho, a ténue linha entre a vida e a morte.

Tendo realizado há relativamente pouco tempo o curso FCCS, aliado ainda ao facto de dispormos de competências certificadas ao nível de SAV, foi-nos possível desempenhar um papel participativo na equipa de reanimação. Verificámos nesta situação alguma hesitação e insegurança nas actividades desenvolvidas por certos colegas com menos anos de experiência profissional. Foi fulcral neste caso a liderança do chefe de equipa de enfermagem pois, tal como refere a *Society of Critical Care Medicine* (2008), o líder da ressuscitação deve, sempre que possível delegar tarefas,

de modo a assegurar uma perspectiva global durante a reanimação. O líder supervisiona as avaliações e intervenções, podendo em certas circunstâncias necessitar de realizar algumas dessas tarefas, ou transferi-las para outra pessoa, se o primeiro enfermeiro não se sair bem. Neste caso, o líder soube utilizar os recursos disponíveis, analisando e identificando as lacunas na sua própria equipa, rentabilizando os nossos conhecimentos profissionais e dinamismo, delegando-nos um papel participante nesta reanimação, assumindo as características essenciais a uma assistência de qualidade ao doente preconizadas por Santos e Piaggi (2010): discernimento, iniciativa, agilidade e capacidade de analisar e interpretar os sinais e sintomas.

Uma vez que nos encontrávamos sob a supervisão do enfermeiro chefe de equipa, pudemos não só filtrar as situações específicas que pretendíamos abranger, ou seja o cuidado ao doente com dor torácica na inexistência de EAM, mas também posicionarmo-nos numa posição privilegiada à indagação e reflexão das práticas vividas, bem como familiarizarmo-nos com as particularidades em termos de políticas de gestão de equipa. Sabendo que a formação no contexto das práticas se consolida através de um percurso reflexivo contínuo sobre a prática dos cuidados, constituindo a base para o crescimento pessoal e profissional, verificamos que esta surge para a enfermagem dos nossos dias como uma necessidade básica na busca constante de desenvolvimento de capacidades intelectuais que visam, no seu cerne, a prestação de cuidados diferenciados. Desenvolver pensamento crítico e capacidades reflexivas é indubitavelmente uma mais-valia na prestação de cuidados, bem como na evolução de um profissional crítico-reflexivo, ou seja, um enfermeiro que pensa criticamente e reflecte sobre a sua prática.

A diversidade de experiências encontradas neste serviço não foi a esperada tendo em conta a temática a desenvolver, uma vez que a patologia cardíaca isquémica não foi um diagnóstico muito frequente nas pessoas que recorreram ao SU durante o período de estágio, provavelmente não pela época do ano em que nos encontrávamos, mas pelas elevadas temperaturas que se ainda se faziam sentir. Leibowitz, Planer e Rott (2007) sustentaram esta teoria, referindo que muitos estudos demonstram uma variação sazonal na incidência do EAM, com um aumento nos meses de Inverno. As razões para esta variação sazonal permanecem desconhecidas, mas podem incluir os

efeitos fisiológicos do frio, tais como o aumento do tónus simpático e de doenças concomitantes, tais como a gripe, que podem induzir uma inflamação aguda. Os transtornos sazonais do humor podem ainda ser responsáveis por alterações na função plaquetária e na actividade fibrinolítica (Dilaveris, *et al.*, 2006), alterações que pensamos poderem estar também indirectamente envolvidas com a casuística do EAM.

Terminado o estágio no SUC, demos continuidade ao desenvolvimento e consolidação do percurso desenhado, num centro de referência de cardiologia também localizado na grande Lisboa. Escolhemos esta UNICC, pois achamos que aliava o diagnóstico e tratamento médico/cirúrgico da pessoa com EAM, no patamar mais elevado da evolução científica e tecnológica, em simbiose com uma equipa altamente especializada no cuidado ao doente com doença cardíaca.

Novamente iniciámos o percurso com uma reunião com a Sr.^a Enf^a Chefe e com a enfermeira orientadora para aferir o percurso a desenvolver durante o estágio. Consideramos que este local de estágio foi extremamente proveitoso para a consolidação de competências ao nível de perito, uma vez que permitiu a aquisição de novos conhecimentos específicos e especializados na abordagem do doente com EAM; no seu tratamento e continuidade de cuidados de enfermagem.

A prestação de cuidados de enfermagem como perito foi assim amadurecida através de uma atitude centrada na prática de cuidados integrais a doentes com EAM. Neste serviço contactamos diariamente com doentes com EAM, o que facilitou a prestação continuada de cuidados de enfermagem. Foram desenvolvidas não só actividades técnicas de que só tínhamos conhecimento teórico, tais como colocação de TR-Band® e dispositivos de compressão femoral, remoção de introdutores, colaboração na colocação do balão intra-aórtico (BIA), como também a aprendizagem da realização de técnicas de diálise contínuas, matéria sobre a qual não possuíamos nenhuma experiência. Foi o caso de um doente internado nesta unidade vítima de um extenso EAM com deterioração da função sistólica global, tendo entrado em choque cardiogénico e falência renal gradual, necessitando de ventilação mecânica, suporte ventricular externo com BIA, e diálise através de hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC).

A insuficiência renal aguda (IRA) é uma complicação frequente nos doentes de cuidados intensivos, sendo tradicionalmente tratada através de hemodiálise.

Actualmente, essa técnica tem vindo a ser substituída pelas terapêuticas contínuas de substituição da função renal, essencialmente em doentes com instabilidade hemodinâmica associada a falência multiorgânica. Verificamos que a realização destas técnicas contínuas exige conhecimentos técnico-científicos altamente especializados, onde o enfermeiro assume um papel crucial, a nível da programação, manutenção e finalização do tratamento, no sentido de garantir a segurança do doente durante a realização do mesmo. Os conhecimentos técnico-científicos necessários à aprendizagem destas técnicas e dos respectivos cuidados ao doente foram desenvolvidos continuamente através de pesquisa científica realizada nas bases científicas da EBSCO e na biblioteca do Hospital e coadjuvados pela elevada competência da enfermeira orientadora, especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente de Enfermagem Nefrológica. Após alguns turnos com este doente e sob supervisão da enfermeira orientadora foi possível executar autonomamente, cuidados de alta complexidade, tais como a gestão do tratamento de diálise, através da gestão dos fluxos sanguíneos, regulando a velocidade da bomba, em função das ínfimas alterações a nível de pressões arteriais invasivas, que podem deteriorar significativamente um doente criticamente instável (dependente de assistência ventricular externa e drogas vasoactivas). Os doentes em tratamento dialítico encontram-se indubitavelmente dependentes da tecnologia e de profissionais capacitados, assumindo a máquina, nestes casos, a manutenção da homeostasia física (Rodrigues & Botti, 2009), e o enfermeiro a perspectiva humana do cuidador, preocupando-se com um estabelecimento de uma relação de confiança, a mediação de stresse e conflitos, e auxílio no processo de gestão e adesão terapêutica.

É, assim, de ressaltar que a hemodiálise e o tratamento a estes doentes não se reduz apenas ao cuidado técnico, pois e de acordo com Rodrigues e Botti (2009), torna-se evidente a necessidade dos profissionais de enfermagem estarem capacitados e cientes da sua importância para a manutenção da sua qualidade de vida, pois a ideia do cuidar como relação terapêutica significa considerar as necessidades com sensibilidade e dinamismo, mediante acções que promovam o bem-estar, conjugando a integridade física e emocional. De modo a assegurar esta premissa, foram desenvolvidas capacidades de observação e diálogo com a família do doente, já que o mesmo se encontrava sedado. Foram desmistificadas dúvidas de cariz clínico e

assumido o papel de elo de ligação entre o doente ventilado (incapaz de comunicar) e a família, partindo do pressuposto que a comunicação com o doente ventilado é uma tarefa difícil que, não sendo eficaz, aumenta muitas vezes a frustração e ansiedade da família e até do próprio doente. Sabendo que a comunicação se destaca como o principal instrumento para que a interacção e o processo de cuidar aconteçam, como podemos nós enfermeiros interagir com doentes sedados, aparentemente incapazes de se expressar?

Sendo a comunicação verbal (associada às palavras e expressa por meio de fala ou escrita) e não-verbal (desenvolvida através de gestos, silêncio, expressões faciais e postura corporal entre outros) e considerando que o compromisso de algumas funções cerebrais e sensoriais não implica necessariamente a inexistência perceptual, para Zinn, Silva e Telles (2003), a diferença está na possibilidade de expressão do que é percebido. Relacionando este princípio com a comunicação não-verbal, especificamente ao nível do toque, alguns estudos em doente de Unidades de Cuidados Intensivos referem que o toque dos familiares e da equipa de saúde podem alterar a frequência cardíaca do doente, podendo esta muita vezes diminuir quando os enfermeiros seguram as suas mãos (Lynch, 1978).

Do estudo efectuado por Zinn, Silva e Telles (2003), que analisou a compreensão da comunicação com o doente sedado, investigando a vivência e a experiência de enfermeiros de Cuidados Intensivos, emergiram duas perspectivas. A primeira, definindo o fenómeno em função do grau de sedação, onde metade dos sujeitos acreditam que a comunicação e o grau de sedação são processos independentes e os restantes processos interdependentes. A segunda perspectiva revela que a comunicação é dependente da capacidade de percepção e/ou expressão por parte do doente, mas independente do grau de sedação. Foi identificado ainda que a comunicação com o doente sedado é um fenómeno difícil, seja pelo grau de sedação, pela falta de tempo e reflexão, ou ainda pela dúvida acerca da percepção do doente perante a mensagem recebida. Diante desta dúvida, destaca-se a crença acerca da audição e sensibilidade do doente que está sedado. De acordo com este estudo a comunicação ocorre, “ (...) *na perspectiva da enfermeira através da verbalização, do toque, da atenção e das brincadeiras; e, sob a perspectiva do paciente, através da escrita (pacientes com sedação superficial) e de expressões faciais e corporais,*

entretanto, na maioria das vezes não há manifestação por parte do paciente, a não ser pelo silêncio verbal e corporal” (Zinn, Silva & Telles, 2003, p. 331), devido ao seu grau de sedação ou estado comatoso mais profundo. Parece-nos legítimo concordar com os achados deste autores ao arguirmos que a comunicação dos profissionais com o doente crítico e sedado promove uma aproximação tanto do enfermeiro como da família com o doente, proporcionando uma importante partilha entre ambos; apresenta-se como um instrumento de mensuração da profundidade da sedação; é legítimo e tranquiliza o doente e a família; diferencia o profissional e muitas vezes ocorre como acto condicionado sem reflexão, falamos e comunicamos com o doente, porque pensamos que não perdeu a sua individualidade, e que apesar de todos os percalços, indagamos, “ainda nos consegue ouvir?”. Pensar hoje nas práticas de enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito das relações interpessoais. O cuidado não se restringe assim apenas a uma acção técnica no sentido de fazer, mas também no sentido de ser, expresso por atitudes, dado o cuidado de enfermagem ser sobretudo relacional, sendo esta premissa que pretendemos mudar na nossa prática diária, pois constatámos frequentemente o oposto. Amadurecidos e conscientes do percurso percorrido, da nossa experiência actual e do vivenciado em estágio, verificámos que quanto maior é o grau de sofisticação tecnológica, tanto maior é o risco da grande preocupação de todos os profissionais recair nas máquinas, acabando por se esquecer, de alguma forma, que na razão de ser daquele equipamento está um doente, e que este doente é uma pessoa com uma família.

Um estudo realizado por Santos (2000) sustenta que a principal preocupação dos enfermeiros da UCI é responder às necessidades biológicas dos doentes e dominar a tecnologia exigida à manutenção das suas vidas. O enfermeiro que cuida destes doentes está perante uma pessoa muito dependente, que requer cuidados técnico-instrumentais muito específicos mas que, em simultâneo, se está a debater com um processo de adaptação a uma nova, complexa e dolorosa realidade na sua vida. O profissional de enfermagem tem assim de estar preparado, não só com capacidades técnico-instrumentais específicas, mas também, com competências relacionais para lidar com as manifestações do processo de adaptação do doente e ajudá-lo a aliviar o sofrimento e a ultrapassar de forma positiva a situação.

Devido ao serviço de Cuidados Intensivos Cardiotóxicos do mesmo hospital absorver a maioria de doentes sedados e ventilados, a sua incidência na UNICC é francamente reduzida. Embora visualizássemos durante o estágio, o internamento de escassos doentes ventilados na UNICC, a enfermeira orientadora referiu que anualmente são um pouco privados desta realidade, pela boa resposta em termos de ocupação na UCI. Identificou-se assim um certo constrangimento dos profissionais ao lidar com doentes neste tipo de situação. Isto, devido ao facto da maioria não estar comumente familiarizada com tal situação, e quando a mesma surge, estes elementos acabarem por se refugiar na dominância técnica do cuidar, negligenciando a comunicação, que nestas situações se encontra prejudicada como âmbito central do cuidar. Neste sentido partilhámos a nossa experiência que pensamos ter sido oportuna, uma vez que privamos diariamente com estes doentes (sedados e ventilados) e suas famílias, desmistificámos através de conversas informais e reflexões ocasionais o mito do doente sedado. Pensámos ainda realizar uma comunicação ou sessão de formação acerca dos cuidados ao doente ventilado e sua família, para a equipa de enfermagem, mas por tardiamente termos identificado esta necessidade, tal não se efectivou, tendo sido proposto como uma sugestão a desenvolver futuramente no serviço. A identificação desta situação foi maximizada pela solicitação da enfermeira orientadora, e de outros elementos da equipa, no pedido de esclarecimento da escala utilizada no nosso local de trabalho, que permite avaliar o grau de sedação do doente e deste modo inferir o grau de dificuldade na comunicação entre a tríade enfermeiro/doente/família.

Segundo Moritz, Souza e Machado (2005), a escala de *Ramsay* tem mostrado grande aplicabilidade prática para monitorização da sedação. Esta escala, transcrita abaixo (Quadro 2), classifica os doentes em graus entre 1 (ansiedade/agitação/inquietude) e 6 (nenhuma resposta)

Doente Acordado	
Nível 1	Doente ansioso, agitado ou inquieto
Nível 2	Doente colaborante, orientado ou tranquilo
Nível 3	Doente só responde a ordens
Doente Sedado	
Nível 4	Resposta rápida*
Nível 5	Resposta lentificada
Nível 6	Sem resposta

*Resposta a estímulo sonoro alto

Quadro 2. Escala de Sedação de *Ramsay* (adaptada de Bensenör & Cicarelli, 2003).

Trata-se de uma ferramenta útil utilizada no nosso local de trabalho, especificamente na unidade de cuidados diferenciados imediatos (UCDI), onde a permanência de doente sedados e sob ventilação mecânica é frequente, utilizando este método de avaliação do grau de sedação do doente, direccionando o nosso cuidado e comunicação em virtude do seu estado de vigília, mais ou menos acentuado.

Várias foram as experiências profissionais e pessoais, partilhadas no decurso destas discussões informais ao longo dos últimos turnos de estágio com a presença de um doente ventilado no serviço. A nosso ver, esta experiência funcionou como um momento privilegiado de partilha de experiências que contribuiu para nosso crescimento e maturação, bem como dos colegas. Fomos sensibilizando a equipa para uma realidade que alguns desconheciam, ressaltando a importância da correcta avaliação do grau de sedação do doente e de estratégias de comunicação a adoptar em conformidade. Sugerimos a elaboração de uma sessão de sensibilização/formação, em colaboração com alguns elementos do serviço mais experientes, que integrasse as informações essenciais a transmitir aos enfermeiros do serviço, para minimizarem constrangimentos ao cuidarem de doentes sedados e ventilados, de modo a melhorar os cuidados holísticos ao doente, diluindo a sua vertente tecnicista. No entanto, esta solução não foi concretizada em tempo útil, tanto por indisponibilidade do serviço com outras formações em simultâneo, como pela nossa tardia percepção desta realidade, aliada ao término do nosso período de estágio.

Não obstante, consideramos que a aquisição de competências no âmbito anteriormente proposto foi amplamente conseguido na UNICC. Para tal sucesso também contribuiu o período prolongado em que o estágio decorreu, permitindo a consolidação de novos conhecimentos decorrentes de situações clínicas nunca antes vividas, partilha de informação, experiência e técnicas, aliada à convivência de perto com os familiares junto ao leito do doente.

Foi ainda extremamente benéfico e positivo a realização de vários estudos de caso a doentes com EAM, aplicando o processo de Enfermagem e tendo como fio condutor, a teoria de médio alcance de Meleis. Planeámos cuidados individualizados e especializados para cada doente/família, bem como uma resposta personalizada, reflectida e adaptada em conjunto com a enfermeira orientadora às necessidades de cada doente.

3.2. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa com EAM.

De forma a consolidar conhecimento técnico-científico especificamente na área do controlo de infecção, cingido à temática do EAM, planeámos além da intervenção técnica na UNICC, uma semana de observação no SHD, responsável pelo tratamento emergente (angioplastia primária) ao doente com EAM em risco de vida, isto é, a técnica invasiva mais usualmente utilizada, e que pensamos que melhor se aplica à aquisição da competência em que pretendemos maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa com EAM, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O conhecimento do binómio saúde/doença na perspectiva epidemiológica assume-se como condição necessária para compreendermos a cadeia de causalidades, em que os agentes agressores interferem na capacidade do organismo em manter a homeostasia ou desencadear um processo infeccioso. Para o Ministério da Saúde (2002) infecção hospitalar define-se como:

Uma infecção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infecções adquiridas no hospital que se detectam após a alta, assim como infecções ocupacionais nos profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2002, p. 7).

Apesar da evolução tecnológica e dos progressos a nível de cuidados de saúde pública, as infecções continuam a assombrar os cuidados hospitalares e até os próprios profissionais de saúde. Com esta premissa relaciona-se o crescimento dos procedimentos invasivos, a sobrelotação de unidade hospitalares que excedem em muito as directrizes proclamadas pelas Comissões de Controle de Infecção (CCI) e, ainda, deficientes práticas de controlo de infecção pelos profissionais de saúde que facilitam a transmissão de bactérias entre doente. É da responsabilidade de todos os serviços e indivíduos que prestam cuidados de saúde a prevenção de infecções hospitalares. Deste modo, os enfermeiros encontram-se em posição privilegiada para minimizar este problema, pois são os profissionais que passam maior tempo com o doente, prestam-lhe cuidados directos e muitas vezes são responsáveis pela gestão de materiais, equipamentos e produtos. A importância das mãos na transmissão das infecções hospitalares tem sido atestada nos mais diversos estudos, no entanto permanece o facto de que a adesão à lavagem das mãos é frequentemente insuficiente (Ministério da Saúde, 2002), devido a elevada relação profissional/doente, alergias aos produtos para lavagem das mãos, formação insuficiente dos profissionais sobre os procedimentos e riscos inerentes, bem como falta de tempo para lavar as mãos com a frequência devida.

Sabendo que a mortalidade hospitalar referente ao EAM tem diminuído progressivamente nos últimos 30 anos, devido à implementação das Unidades de Cuidados Coronários, e que esta encontra-se em íntima relação com a localização e extensão do EAM, sexo feminino e história prévia de EAM (Junior & Caramelli, 2006), a incidência de complicações infecciosas do EAM e a sua influência na mortalidade e morbidade hospitalar tem sido pouco explorada na literatura mundial. No entanto a relação entre procedimentos invasivos (cateteres, tubos orotraqueais, etc.) e o desenvolvimento de infecções hospitalares, foi descrita por vários autores em diferentes grupos populacionais (Rosser, Bare & Meredith, 1999). É sobre esta relação de afinidade entre procedimentos invasivos e prédisponibilidade para a infecção que debruçámos o nosso trabalho. Ao prestarmos cuidados directos ao doente vítima de EAM, deparámo-nos com doentes com variadas panóplias de dispositivos invasivos, sendo eles cateteres venosos, arteriais, cateteres vesicais ou ainda pela presença de tubos orotraqueais e necessidade de ventilação mecânica, chamando assim a nossa

ponderação nos cuidados a estes doentes, uma vez que a presença de um quadro infeccioso pode lentificar ou agravar a sua recuperação física.

Pensamos que a própria estrutura física da UNICC, embora não dotada de quartos individuais, por possuir uma distância generosa entre as camas dos doentes, assegura uma diminuição do risco da transmissão de infecções, facto este, privilegiado pela prática de excelência dos profissionais especializados que lá trabalham.

Para o desenvolvimento de competências neste âmbito foi de extrema importância a experiência com doente submetidos a assistência ventricular externa, bem como com doentes submetidos a técnicas dialíticas. Fomos beneficiados com a experiência da colocação de um BIA e colaboração activa na mesma. Tendo em conta o processo de assepsia inerente, foram respeitados os princípios de colocação dos equipamentos de protecção individual (EPI), bem como a manipulação minuciosa e cautelosa do material a disponibilizar. Foi benéfica esta experiência com que nunca nos tínhamos deparado, visto que no nosso local de trabalho é um procedimento usualmente feito na sala de HD. Sublinha-se a importância para o profissional especializado nesta temática do EAM, em estar familiarizado com todos os métodos de tratamento. O BIA é colocado em situações excepcionais, quando o EAM é de uma extensão e gravidade tão massiva, que compromete globalmente toda a contractilidade do coração, funcionando o BIA como uma assistência temporária à circulação, permitindo o restabelecimento da função cardíaca e a melhoria da perfusão coronária. Esta experiência permitiu-nos compreender a sua colocação e a intervenção do enfermeiro na mesma, contactar com todo o material específico à colocação do mesmo e praticar os cuidados tanto técnicos como de assepsia para o sucesso desta técnica. Isto permitirá em situações futuras uma melhor compreensão da técnica, uma adequada resposta em tempo útil, premente nesta situação, e um papel de assessoria para com os colegas perante uma situação inaugural no percurso da sua experiência profissional.

Relativamente à experiência vivenciada na prestação de cuidados ao doente submetido a HDFVVC, a prevenção e controle de infecção foi maximizada não só pela própria execução da técnica dialítica, mas também por termos prestado cuidados de manutenção ao cateter de diálise. Foi novamente uma situação inaugural na nossa experiência profissional, uma vez que no nosso local de trabalho a responsabilidade na execução das técnicas dialíticas é do enfermeiro da Hemodiálise que se desloca ao

serviço para a execução da mesma. Foi ainda relevante a transmissão dos conhecimentos adquiridos nesta área específica de intervenção, à família que novamente se depara com ainda mais obstáculos ao contacto com o doente. Instruímos e esclarecemos dúvidas que permitiram um contacto mais próximo com o seu ente querido, associado a menores riscos de exposição (para si e para o doente) possíveis.

Finalmente e no que concerne à mesma competência anteriormente descrita, o último serviço à qual a aplicamos, foi o SHD. Relativamente à nossa prestação, embora tenha sido maioritariamente na qualidade de observador externo, foi possível nos últimos turnos colaborar com a equipa de enfermagem no decurso da angioplastia e na colocação da compressão mecânica radial ou femoral (TR-Band[®] e Femostop[®], respectivamente). Colaborámos na colocação das mesas cirúrgicas necessárias ao procedimento, efectuámos ainda as diluições necessárias para a administração de fármacos a nível intra-coronário, que depois foram distribuídos pelos recipientes na mesa e efectuámos a compressão manual ou mecânica da artéria radial ou femoral após angioplastia, mantendo os princípios emanados pela CCI.

Consideramos uma vez mais que esta competência foi atingida a nível muito satisfatório, nos diversos locais de estágio, não só pela variedade de situações ocorridas, mas também devido à possibilidade das mesmas serem integradas no nosso contexto de trabalho. Novamente a UNICC se apresentou como um local de referência pela variedade e repetitividade das oportunidades de aprendizagem. Foram, deste modo, mantidos os cuidados de assepsia respeitando as normas da CCI, e tomadas as decisões fundamentadas, com base na evidência científica existente, observando criticamente as práticas instituídas no serviço e debatendo com o enfermeiro orientador situações da prática diária e possíveis reformulações emanadas de uma crítica reflexiva conjunta.

O SHD, pelas suas características, forneceu subsídios para a compreensão do fenómeno numa perspectiva de continuidade dos cuidados, pois ao conhecermos pessoalmente o que foi feito, actuamos em conformidade, minimizando riscos tais como remoção precoce ou tardia de compressão a nível arterial, incorrendo em situações de hemorragia no local da punção ou compromisso neurocirculatório e inviabilidade arterial.

3.3. Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento.

Outra competência que nos tínhamos proposto desenvolver era suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento actualizado e pertinente, assumindo um papel dinamizador na construção e divulgação do saber nesta área de intervenção.

Uma vez que, durante o estágio de quatro semanas no SUC, não foi observada nenhuma situação específica de EAM, reflectimos sobre uma prática comum neste serviço, a administração de fibrinolíticos, porque embora tenha sido observada a sua utilização no doente com Acidente Vascular Cerebral isquémico (AVC), o seu tratamento assenta na mesma lógica de reperfusão química envolvida no tratamento fibrinolítico do EAM, quando a angioplastia primária se encontra indisponível ou contra-indicada.

Neste SUC, a fibrinólise é realizada através do método de perfusão contínua por bomba infusora, realidade nunca por nós confrontada em experiências anteriores. Do que sabíamos anteriormente, o 1º passo da técnica assumia-se como falível, uma vez que era utilizada uma seringa de 10 ml em conjunto com outra de insulina para tentar aferir milésimas de mililitros e posteriormente a administração era “pseudocronometrada” pelo enfermeiro. A fiabilidade da administração por seringa infusora é contestável, uma vez que tanto a exactidão da dose como a do tempo de infusão são difíceis de quantificar. Com as novas tecnologias, aliadas ao serviço da enfermagem e à segurança do doente, é possível inserir na bomba infusora o volume exacto e programar a sua administração precisamente num minuto. Posteriormente, e ao invés de andar a recorrer a trocas de seringas, induzindo o risco de bólus accidental ou a incapacidade de mensuração da dose total infundida em caso de sintomas adversos, é realizado um *reset* à bomba e inserido o volume restante, cronometrado em 60 minutos. A fibrinólise efectuada pelo método descrito e que pudemos observar, progrediu sem intercorrências com todos os cuidados de enfermagem inerentes, nomeadamente vigilância apertada de sintomas adversos (sendo os mais comuns, a hemorragia, hemorragia intracraniana e as alterações cardíacas), tendo a doente sido transferida para a Unidade de Cuidados Cerebrovasculares. Quando recebemos a informação de que iríamos admitir um doente em que tinha sido activada a VIA VERDE do AVC, não vivenciámos esta notícia com entusiasmo, pois não se tratava de um doente com patologia cardíaca, o que iria enriquecer o estágio. Isto porque iríamos

observar e extrair o máximo de experiências no cuidado deste doente e família noutra SU, podendo observar os cuidados prévios (informação ao doente/ família, preparação técnica do doente e gestão dos recursos e equipamentos) antes de uma ATP, ou se este doente não fosse candidato à mesma, a realização de uma reperfusão por fibrinólise (extraíndo contributos da sua técnica e cuidados), ou tratamento médico conservador.

Tratando-se de uma situação em que pensamos possuir considerável formação e experiência, bem como uma boa coordenação multidisciplinar no nosso local de trabalho, sentimo-nos numa posição “confortável” pois possuindo bastante experiência neste âmbito, poderíamos observar, colaborar e reflectir acerca das práticas realizadas num SUC, perante o doente com AVC e candidato a trombólise. Auxiliando-nos em Alarcão e Tavares (2003, p. 54) para quem *“ser enfermeiro competente implica ser capaz de mobilizar, no momento oportuno, um conjunto de capacidades adequadas a um determinado desempenho exigido por uma determinada situação concreta”*, penso que nos inserimos neste perfil, uma vez foi absorvida a experiência vivida, colhendo informação, expondo posteriormente a realidade da experiência actual do nosso local de trabalho, bem como da especificidade da administração do Alteplase[®], que difere amplamente da praticada por nós actualmente.

Reforço ainda, que desta reflexão conjunta e troca de experiências acerca de dois SU tão distintos, emergiu uma nova visão de uma realidade usual, ressaltando ganhos económicos, de qualidade de cuidados e acima de tudo de precisão e segurança no tratamento efectuado ao doente. Embora experienciada na realidade que é o AVC, a sua aplicabilidade estende-se ao EAM pois, é do conhecimento geral que as evidências actuais elegem a reperfusão farmacológica ou mecânica como tratamento padrão do EAM com supradesnivelamento de ST. Ambas as alternativas são excelentes quando existe acessibilidade, uma vez que o prognóstico do EAM depende da qualidade e rapidez da reperfusão da artéria coronária responsável, limitando assim a sua extensão, conservando função ventricular (Orbe, *et al.*, 2008).

De acordo com as Recomendações Clínicas para o EAM emanadas pelo Alto Comissariado da Saúde (2007) e baseando-nos nas suas conclusões, verificámos que variadíssimos estudos compararam a ATP primária com a terapêutica fibrinolítica, em doentes com EAM com supradesnivelamento de ST com menos de 12 horas de

evolução dos sintomas. Os resultados mostraram uma redução consistente de morte, re-enfarte e AVC a favor da ATP primária efectuada em centros especializados. Ainda Carneiro *et al.* (2005) verificaram que a superioridade da intervenção coronária percutânea sobre a fibrinólise tem sido claramente demonstrada no EAM, e que a combinação da mesma técnica com agentes farmacológicos que facilitem a reperfusão pode desempenhar um papel relevante na melhoria dos resultados. Esta combinação de uma reduzida dose de trombolítico e de um inibidor da glicoproteína IIb/IIIa, de modo a facilitar a ATP, está sendo testada no estudo FINESSE (*Facilitated Intervention with Enhanced Reperfusion Speed to Stop Events*) (Carneiro, *et al.*, 2005).

Para Santos e Fernandes (2004, p. 59), “ (...) a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz. É um processo de análise consciente acerca do que se verificou... ou seja, reflexão sobre as práticas”. De facto a própria elaboração deste trabalho contribuiu para uma análise reflexiva de uma situação que poderia ter passado despercebida mas que foi alvo da nossa extensa análise.

Após esta experiência, tentaremos sempre que possível proceder à administração de fibrinolíticos utilizando esta nova técnica aprendida durante o estágio. Pensamos que os benefícios superam os riscos antes incorridos com a prática antiga. Aliar as novas tecnologias, bem como a experiência bem-sucedida de outros colegas, é de valorizar e implementar como estratégia futura para a mudança, para a garantia de melhores cuidados de enfermagem.

Foi ainda planeada uma intervenção a nível de sensibilização/formação no local de trabalho acerca dos dispositivos de compressão mecânica utilizados no tratamento ao doente com EAM após angioplastia. Pretendíamos abordar o intuito desta técnica, a sua indicação clínica e os cuidados de enfermagem diferenciados inerentes ao êxito da mesma. Este objectivo adveio da necessidade manifestada por alguns colegas devido à escassez de informação relativamente a esta temática específica. Desejávamos realizar tal actividade formativa no final do nosso percurso de estágio na tentativa de extrair contributos sólidos e com base científica através da experiência partilhada, tanto na UNICC como no SHD. No entanto, a formação não chegou a realizar-se devido a contingências de natureza organizacional e de gestão do SUG, tal como nos foi explicado pelo Enfº Chefe. Não obstante esta limitação, pretendemos no futuro

desenvolver a mesma actividade formativa junto dos nossos pares, quando se vislumbrar favorável para o serviço.

3.4. Identificar / antecipar focos de instabilidade na pessoa com EAM

Já foi afirmado anteriormente que o EAM requer um tratamento expedito, eficaz e coordenado pois como afirma Keenan (2006, p. 96): “ (...) *results from a total and abrupt coronary artery occlusion, which creates an abrupt loss of blood flow to the myocardium, (...) the speed at which the occluded coronary artery can be re-opened is the concern of the team managing the patient.*”⁹ Não sendo nosso objectivo descurar a centralidade da pessoa em si, face aos cuidados de enfermagem, para a aquisição desta competência específica é necessário dissociar-nos um pouco desta visão, uma vez que entramos no contexto de actuação técnica emergente e especializada ao doente com EAM, um doente crítico, com uma necessidade de actuação célere pelo enfermeiro perito, em condições ameaçadoras da sua vida. Identificar prontamente focos de instabilidade face à pessoa com EAM e responder de forma antecipatória, demonstrando conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV) era, pois, outra competência a consolidar durante este estágio.

Com vista a assegurar um tratamento de excelência, é necessário que os hospitais estabeleçam equipas multidisciplinares (Médicos de Medicina Interna, Medicina Intensiva, Cardiologistas e Enfermeiros) para desenvolver protocolos baseados em evidência para triagem, bem como cursos de suporte avançado de vida (SAV) fundamentados pela melhor evidência actual (Society of Critical Care Medicine, 2008), e actualizados periodicamente.

Como enfermeiros dotados de creditação nos cursos FCCS e SAV, não concebemos um atendimento de excelência a este tipo de doentes sem preencher este requisito. Uma vez que haja suspeita ou seja diagnosticado um EAM, as considerações imediatas são assegurar a estabilidade do doente e intervir para limitar o tamanho do enfarte pela restauração do fluxo sanguíneo. No entanto nem sempre existe uma linearidade na abordagem do doente com EAM e as arritmias/disritmias malignas podem assolar este tratamento. As arritmias decorrem de distúrbios na formação ou

⁹ (...) decorre de uma oclusão total e abrupta da artéria coronária, criando uma perda significativa de fluxo sanguíneo ao miocárdio, (...) a rapidez no restabelecimento do fluxo sanguíneo a nível da artéria coronária, é o objectivo fulcral da equipa que trata do doente (Tradução Pessoal).

propagação (ou ambas) do impulso eléctrico gerado, desde o nódulo sinusal até ao feixe de His, passando pelo nódulo auriculoventricular (AV) (Bressan, Jorge & Zientarski, 2007). São diagnosticadas analisando o ECG e classificadas quanto ao local de origem do impulso e ao mecanismo de formação ou condução (Smeltzer & Bare, 2005). As arritmias podem ainda ter causas não cardíacas para as quais o enfermeiro deve estar desperto, sendo elas a emoção, ansiedade, uso de drogas ou estimulantes. Os sinais podem estar presentes ou não, sendo os mais frequentes a sudorese, palidez, taquicardia, dispneia e hipotensão (Bressan, Jorge & Zientarski, 2007).

As disritmias são as complicações mais frequentes do EAM, sendo que pelo menos 90% dos doentes apresentam algum tipo de distúrbio da frequência ou condução de impulsos eléctricos (Bressan, Jorge & Zientarski, 2007), não obstante a frequência de arritmias ventriculares tem o seu pico ao 3º dia após o EAM (Society of Critical Care Medicine, 2008), devendo o enfermeiro especializado estar desperto para este indício.

Foi nossa ambição durante o decorrer deste estágio assegurar uma identificação precoce de focos de instabilidade junto do doente com EAM, pois pensamos que é nosso dever, competência e responsabilidade antecipar e prevenir complicações, uma vez que somos o profissional cujo trabalho proporciona maior tempo e proximidade passado com o doente.

Foram diversas as vezes na UNICC em que o doente recém-admitido após angioplastia desenvolvia arritmias, potencialmente fatais, se não tratadas rapidamente. A mais frequente era a taquicardia ventricular (TV) em doente submetidos a angioplastia da coronária direita (CD). Isto advém da proximidade desta artéria com o *pacemaker* fisiológico do coração, o nódulo sinusal. De modo a minimizar este fenómeno, era nossa preocupação constante a manutenção de um acesso venoso desobstruído para administração de drogas de emergência. Comumente o doente apresentava-se com hipocaliémia ($K^+ < 3,5$ mmol), sendo este facto comunicado ao clinico responsável e iniciada a reposição deste electrólito, pois tal como refere Bressan, Jorge, e Zientarski (2007), o enfermeiro deve antecipar e administrar medicação necessária à prevenção de complicações que ameaçam a vida do doente. Isto assume particular relevância em períodos de bradicardia severa (<40 b.p.m.) que comprometem seriamente a perfusão coronária, sendo nestes casos administradas doses de 0,5 mg a 1 mg de Atropina e disponibilizado de imediato o carro de emergência e comunicado ao clínico. Na maioria

dos casos, se ao final de 12 horas de estabilidade hemodinâmica o doente não desenvolvesse complicações, era explicado ao doente que deveria aumentar gradualmente a sua actividade e o que lhe era “permitido” realizar. Outro aspecto muito importante era a gestão da dieta durante a permanência na UNICC, realizada em conjunto com os clínicos, e a administração de reguladores intestinais, de modo a prevenir a obstipação e o esforço do doente ao evacuar, já que este precipita muitas arritmias. Apesar destas medidas preventivas reduzirem os riscos de uma fibrilhação ventricular, esta arritmia pode surgir a qualquer momento. Cabe ao enfermeiro ter a capacidade de a reconhecer agilmente e, se devidamente qualificado, realizar a desfibrilhação do doente (Meltzer, Pinneo & Kirchell, 1997). No entanto, é importante recordar que possuir uma certificação em SAV não significa uma licença para a prática de suporte avançado de vida. São as directrizes aprovadas em cada hospital que determinam que atitudes podem os enfermeiros praticar sem supervisão médica directa.

Verificou-se no decorrer de todo este percurso de estágio de 6 meses que nem todos os enfermeiros possuem certificação no âmbito de SAV. Isto pode reduzir a eficácia do tratamento do doente com EAM em caso de arritmias potencialmente fatais. Como alegam Bressan, Jorge e Zientarski (2007), todos os membros da equipa de uma Unidade de Cuidados Coronários devem ser capazes de realizar uma RCR eficiente e possuir destreza no manuseio de ventiladores mecânicos, porque muitas vezes as complicações graves levam à necessidade de entubação orotraqueal e ventilação invasiva do doente.

Foi analisado um estudo em que Murphy e Fitzsimmons (2004) realizaram entrevistas semi-estruturadas a uma amostra de enfermeiros que tinham realizado o curso de Suporte Imediato de Vida (SIV) do *Resuscitation Council* nos 12 meses anteriores, e que posteriormente tinham actuado numa paragem cardíaca. Dos 103 doentes desfibrilhados após a conclusão do curso, apenas uma enfermeira desfibrilhou o doente antes da chegada da equipa de emergência. As entrevistas revelaram que embora muitas enfermeiras tivessem ganho confiança após a realização do curso, a maioria referiu que com o decorrer do tempo iam perdendo essa mesma confiança, necessitando de supervisão para realizar com competência os procedimentos. Foi identificado como elemento-chave para incremento desta confiança, a participação

numa paragem cardíaca pouco tempo após o término do curso. Ficou concluído que o treino isolado num curso de aquisição de competências diferenciadas pode não ser suficiente para melhorar o desenvolvimento destas competências em enfermeiros que não sejam membros das equipas de reanimação, ou que não tenham um papel frequente em acontecimentos desta natureza.

Sendo provenientes de um SUG, logo familiarizados com paragens cardíacas diárias, pareceu-nos legítimo o receio de alguns profissionais com quem falámos, que, apesar de possuírem o curso de SAV nunca mais actuaram em conformidade com as suas *guidelines*, pois nunca mais experienciaram tal realidade. Propusemos em mote de sugestão tanto à enfermeira orientadora como à Sr^a Enfermeira-Chefe uma política de reciclagem (anual ou bianual) de competências nos serviços em que, pelas suas características a paragem cardíaca não é um fenómeno usual, tornando-se para alguns profissionais num pesadelo pessoal e profissional, cuja acção se encontra condicionada pela falta de experiência.

3.5. Actuar como dinamizador da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente/família.

Os SU possuem uma especificidade que os distingue de todos os outros serviços de saúde. Exigem uma assistência imediata, eficiente e integrada aliada a um amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o uso de recursos tecnológicos. Segundo Almeida e Pires (2007), podem ser mesmo comparados a subsistemas de saúde, pois requerem vários serviços associados tais como bloco operatório, unidade de cuidados intensivos, radiologia e laboratório.

Trata-se de um ambiente de trabalho onde o tempo é limitado, as actividades são inúmeras e a situação clínica dos doentes exige, muitas vezes, que o profissional faça tudo com celeridade para afastá-lo do risco de morte iminente. Apesar destas características, pretendemos assumir o desiderato de actuar como dinamizador de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente/família, com enfoque no acolhimento.

Os profissionais do SU vêem-se obrigados a tomar decisões urgentes em situações em que os doentes correm risco de vida, e/ou os familiares se encontram em crises emocionais. Foi pensando nestas crises e nas dificuldades vividas pelas famílias no

acompanhamento dos doentes críticos, bem como na gestão da informação fornecida pelos profissionais aos familiares, que delineamos o nosso trabalho no Serviço de Urgência Geral (SUG) durante o período final do estágio.

O SU, dadas as suas características enquanto serviço com uma afluência média de 254 utentes/dia e com, simultaneamente, três unidades de internamento, propicia um ambiente que, aos olhos da população, pode parecer desorganizado e fazer com que utentes e familiares se sintam “perdidos” e desapoitados. Para fazer face a este constrangimento, foi desenvolvido, no ano 2000, um projecto que criou um sector denominado inicialmente de “humanização” – actual Gabinete de Informação e Acompanhamento (GIA) –, em que um enfermeiro trabalha em conjunto com um assistente operacional, na articulação entre o utente, a família e os profissionais de saúde, informando utentes e familiares da situação dos doentes, bem como recolhendo informação relevante para o processo clínico e transmitindo-a ao enfermeiro e médico responsáveis. O Enfermeiro do GIA também é responsável pela articulação com os restantes profissionais, nomeadamente, com os assistentes sociais, sempre que é identificado algum problema que o justifique.

A envolvência da família tem a ver, na nossa perspectiva pessoal, com o facto de esta, ao contrário do consignado na literatura científica, continuar a ser uma entidade secundária na lógica do funcionamento dos cuidados de saúde hospitalares. Estes cuidados, no decurso do seu desígnio terapêutico, ainda não sedimentaram uma cultura que ultrapasse a gestão dos processos fisiopatológicos da doença. Verificámos que apesar de uma maior consciência da sua importância, os profissionais de saúde continuam a ter dificuldades na abordagem terapêutica da família enquanto parceira dos cuidados. A definição de família proposta por Hanson (2001, p.6) que “ (...) *refers two or more individuals who depend on one another for emotional, physical, and economical support. The members of the family are self-defined*”¹⁰, parece ajustada à lógica dos cuidados de saúde.

Assim e de acordo com a filosofia do GIA, identificámos e assumimos que o cuidado de Enfermagem no SUG não deverá ficar restrito à objectividade do doente, mas sim acreditar e integrar no nosso pensamento, que os familiares também são nossos

¹⁰ “ (...) designa o conjunto de duas ou mais pessoas em interdependência, no que se refere ao apoio emocional, físico e económico. Os membros da família autodefinem-se como tal (Tradução Pessoal).

clientes e necessitam de cuidados de enfermagem para enfrentar, de um modo menos difícil, a experiência inesperada da hospitalização, assumindo o enfermeiro um papel de facilitador no processo de transição.

Entende-se assim que **Humanizar** é uma medida que visa, sobretudo, tornar efectiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser bio-psico-socio-espiritual. Além de envolver o cuidado ao doente, a humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença neste contexto, que são, além do doente, a família, a equipe multidisciplinar e o ambiente (Vila & Rossi, 2002).

No SUG pensamos que o aspecto humano do cuidado de enfermagem é um dos mais difíceis de ser implementado, isto porque a celeridade de cuidados exigida a doentes críticos, aliada a processos de trabalho inesperados e imprevisíveis, faz com que os membros da equipa de enfermagem, na maioria das vezes se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente, facto este que é corroborado por Nascimento e Trentini (2004), quando reforçam a ideia que o ser humano, doente, familiares e profissionais, neste ambiente, são vistos como um ser em si e não como ser com o outro.

Perante estas premissas desenvolvemos o nosso trabalho neste SUG com os seguintes objectivos:

1. Observar as interacções da equipa do GIA com as famílias;
2. Validar com a responsável do GIA as necessidades de informação específicas de intervenção junto da família do doente/ durante um processo de EAM;
3. Desenvolver competências práticas com a família na área específica de transição saúde – doença da pessoa com EAM.

Como refere Cainé (2004) a crise, no contexto de uma realidade em mudança, resulta de múltiplas e diversas situações de stresse, na tensão que elas provocam no sistema familiar e nas potenciais mudanças que provocam. Neste contexto, Minuschin e Fishman, cit. por Cainé (2004, p.37) referem que:

A família, um sistema vivo, troca informação e energia com o exterior. Flutuações, tanto internas como externas, são normalmente seguidas por respostas que levam o sistema de volta ao seu estado de constância. Porém quando a flutuação se amplia, a família entrará em crise, onde a transformação resulta num diferente nível de funcionamento que torna as alterações possíveis.

Assim, iniciámos o nosso percurso através do acompanhamento contínuo da Enfermeira do GIA durante os três primeiros turnos, nos horários de visitas estipulados para o serviço, sendo eles das 12:30 às 14 horas e posteriormente das 18.00 às 20:00. Para a visita ao doente o seu familiar executa o preenchimento de uma folha de informação onde constam os dados pessoais do doente e familiar, posteriormente é analisado por um assistente operacional, fornecendo informação ao Enfermeiro do GIA acerca do local onde se encontra o doente, sendo posteriormente mais fácil o encaminhamento do seu familiar. Durante a visita apenas é permitida a presença de um familiar por doente, sendo permitida a troca de familiares até ao máximo de dois; no entanto, este processo não é estanque, ficando muitas vezes ao critério do Enfermeiro do GIA a flexibilidade perante situações terminais ou outras que assim se justifiquem. O Enfermeiro é ainda responsável pela articulação entre doente/famílias e o serviço social, uma valência que apenas se encontra disponível até às 18 horas, avalia a necessidade de transporte em ambulância ou requer a articulação dos cuidados continuados que asseguram uma prossecução de cuidados, minimizando assim os internamentos prolongados, devido a situações de logística não clínica. Aliada à sua maior “disponibilidade”, uma vez que a natureza do seu trabalho não é a prestação directa de cuidados clínicos, integra ainda a equipa de reanimação, permitindo a *posteriori* um fornecimento de informações mais concretas e específicas à família do doente criticamente instável que ajudou a cuidar.

Durante o processo de acompanhamento da enfermeira do GIA foi ainda aplicada uma grelha de observação (Apêndice III), a qual permitiu analisar a conduta da equipa de enfermagem na prestação de informações aos familiares, verificar qual o local onde são transmitidas as informações mais nefastas, compreender se existe uma assimilação da informação transmitida aos familiares e se o enfermeiro actua como facilitador no processo de saúde-doença junto do doente e sua família. Esta grelha foi aplicada 10 vezes a doentes com EAM que deram entrada na sala de reanimação encaminhados pelo Enf^o da triagem ou acompanhados pela VMER. Verificou-se que em todas as situações o enfermeiro procurava a existência de familiares ou acompanhantes do doente, que o fornecimento da informação relativa a diagnóstico e tratamento bem como o encaminhamento do doente eram realizados na maioria das vezes no átrio do SUG com o apoio do clínico responsável. Pensamos que este se tratará de um aspecto

a melhorar pois, a nosso ver, o átrio, com o seu ambiente caótico e desprovido de privacidade e conforto, não nos parece o local apropriado para a transmissão e assimilação de informações. A escolha do local para este efeito deverá ser futuramente pensada, tendo este aspecto sido discutido com a Enfermeira do GIA e com o Sr. Enf^o Chefe. Observámos ainda que a informação é fornecida à pessoa que se encontra a acompanhar o doente sem que este seja consultado acerca da informação a transmitir ou da pessoa a quem quer que a mesma seja transmitida, desprovendo o doente da sua autonomia. Relativamente ao acompanhamento dos familiares durante todo o percurso de tratamento do doente, verificámos que este é incompleto, pois em situações de emergência o doente com EAM é estabilizado na sala de reanimação, onde a entrada a familiares é vedada, sendo posteriormente encaminhado para a sala de HD através de um circuito interno, novamente sem um contacto com o seu familiar. Este foi outro ponto face ao qual sugerimos uma intervenção com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e minimização da ansiedade do doente/família, facilitando o acesso dos familiares na sala de reanimação aquando da estabilização do doente e permitindo o seu acompanhamento até à sala de HD, isto possibilita aos familiares uma assimilação do processo da doença e do seu tratamento e minimizando os seus receios e ansiedade por não terem visto o seu ente querido, pois como sustenta Cainé (2004) em situação de doença a envolvimento da família pode ser considerada como uma condição facilitadora da vivência da crise, facilitando deste modo a transição do doente.

Avaliámos ainda junto da Enfermeira do GIA a sua opinião acerca da necessidade de uma formação em comunicação e/ou gestão de conflitos de modo a desempenhar assertivamente a sua função. Esta referiu-nos que possuía tais formações e pensava que essa era uma área em que os enfermeiros do SUG deveriam investir sendo um serviço com um acesso indiscriminado de utentes, longas filas de espera e moroso atendimento médico, provocando tensão nos postos de trabalhos e resultando em grande stresse para os familiares e desgaste para os profissionais. É um facto que a passagem, repentina e inesperada, de um estado de saúde plena à proximidade com a morte pode afectar o equilíbrio emocional das vítimas – doente e famílias, os quais, por vezes, se expressam mediante agressões físicas e verbais, evidenciando revolta contra

as carências institucionais e elegendo o profissional de saúde como seu representante, logo o responsável (Pai & Lautert, 2005)

Após este acompanhamento realizado durante três turnos, realizámos uma entrevista semiestruturada à Enf^a responsável pelo GIA acerca das necessidades do doente/família sentidas durante um processo de EAM, de modo a alterarmos futuramente o nosso comportamento como enfermeiros especializados e sensibilizados para esta prática de cuidados, tentando abdicar da postura desenhada pela lógica tecnocrática do SUG. Desta entrevista emergiram as necessidades mais prementes (enumeradas pelos doentes/familiares ou fruto da sua experiência profissional) referidas pela enfermeira orientadora:

- Informação de ordem clínica/médica sobre diagnóstico, prognóstico, tempo de internamento e tipo de tratamento.
- Informações de ordem não clínica: local de internamento, percurso do doente no SUG/internamento, horário/número de visitas, bens pessoais/espólio.
- Planeamento da alta: avaliação da necessidade de apoio por parte da assistente social; esclarecimentos ou ensinamentos sobre medicação, alimentação, hábitos de vida, actividade física, sinais de alarme/reconhecimento dos sintomas; seguimento pós-EAM/consulta de cardiologia.

Destes resultados sobressai a dualidade do binómio enfermeiro/doente. A interacção enfermeiro-doente desenvolve relações interpessoais, nas quais cada um desempenha funções específicas. Ao enfermeiro pertence o fornecimento de apoio e protecção, com tomada de decisão científica. Ao doente/família competem experiências positivas responsáveis por mudanças, as quais podem levar à satisfação das necessidades humanas e ao processo de ser saudável.

Randall, Molloy, e Steptoe (2009, p. 62), salientaram que “ (...) *the most highly valued information by partners is practical rather than emotional, specific to the patient rather than general medical facts and includes what to do in an emergency, how to care for the patient following discharge, lifestyle advice and honest explanations about the patient*

illness and prognosis”¹¹, ideia que veio sustentar bibliograficamente os achados decorrentes da entrevista realizada.

Segundo Silva, Valente, Bitencourt e Brito (2010), o cuidado pode servir como essência da Enfermagem sendo o seu atributo mais valioso, pois o alicerce por meio dos processos de cuidado visa fornecer auxílio às pessoas para atingir um alto grau de harmonia dentro de si, de forma a promover o autoconhecimento e a própria cura. Verificamos uma necessidade da presença do enfermeiro como prestador de apoio e segurança a este tipo de doente, contudo o ambiente do SU, ao transparecer uma imagem de agressividade, encarrega-se muitas vezes de contrariar essa necessidade (Pinho & Kantorski, 2006).

O decurso final desta longa caminhada culminou na prestação de cuidados práticos em conjunto com a Enf^a do GIA, junto dos familiares. Foram realizados três turnos no GIA onde pudemos concluir desta interação doente/família a vivenciar um processo de EAM, que este se trata de um acontecimento inexplicado pois os doentes referem muitas das vezes não saber quais os factores a atribuir ao seu aparecimento; gerador de sentimentos negativos pois causam sensações de ordem biológica ou através de recursos que desencadeiam tais sensações; repentino, por surpreender o indivíduo anteriormente saudável sem qualquer preparação prévia, causando-lhe um desequilíbrio estrutural e funcional; gerador de dor e sofrimento configurado pelo momento sintomático; falta de atenção para a saúde remetendo para um descuido para a sua saúde e falta de cuidados preventivos; e ainda uma premonição da morte, devido à sensação de morte eminente gerada pela doença súbita.

Mediante esta curta passagem como intervenientes no SUG adoptámos um cuidado centralizado na família, construindo intervenções individualizadas tais como a flexibilidade na presença da família na sala de reanimação (quando possível) baseando-nos na premissa de que “ (...) *strict, rigid visiting policies with access being granted based on rule rather than assessment of patient needs, nursing care demands, and unit activities sets up a conflictual relationship between the patient, family, and*

¹¹ A informação mais valorizada pelos parceiros refere-se à prática e não à emoção, específica para o doente ao invés de factos médicos gerais e inclui o que fazer em caso de emergência, como cuidar do doente após a alta, aconselhamento acerca do estilo de vida e explicações sinceras sobre a doença do doente e seu prognóstico (Tradução Pessoal).

*staff*¹² (Wright, 2007, p. 18) e ainda de acordo com Meyers *et al.*(2000) cit. por Wright (2007, p. 22) verificou que “(...) 100% of family members who stayed during resuscitation would do it again if the same situation occurred”¹³. Ou seja os familiares compreenderam a necessidade da adopção de um comportamento adequado durante a reanimação e pensaram que a sua presença os ajudava a lidar com a doença do seu familiar, assegurando indirectamente conforto ao mesmo durante a reanimação. Verificamos ainda através da literatura que Meyers *et al.* (2000), cit. por Wright (2007), definiram o que nos parece ser um facto de extrema importância para repensar atitudes na nossa prática diária e na mudança para uma prática centrada no doente/família ao invés do cuidado por tarefas e objectivos, ainda muito característico dos SU. Estes autores referiram 6 benefícios para os membros da família que se mantiveram presentes na sala de reanimação durante o cuidado crítico ao seu ente querido, sendo eles os seguintes:

- Alívio por não ter de idealizar acerca do que se estava a passar com o doente;
- Conhecimento visual e verbal da condição e do cuidado ao doente;
- Fornecimento de conforto e protecção a um ente querido que se encontrava em sofrimento, vulnerabilidade e indefeso;
- Manutenção do elo familiar;
- Oportunidade para uma consciencialização;
- Experiência espiritual.

Foi nosso compromisso a utilização de uma comunicação simples embora assertiva e personalizada, e um envolvimento da família na prestação de cuidados e aconselhamento perante a situação geradora de crise, sendo estas intervenções facilitadas pelo nosso papel como “actores” externos deste serviço que demanda cuidados céleres e eficientes.

Para Wright (2007), as famílias irão expressar individualmente as suas necessidades baseadas nos seus recursos, métodos de *coping*, sistema de valores e atitudes acerca da doença crítica e cuidados de saúde. A avaliação e incorporação das respostas

¹² (...) políticas de visita rigorosas e rígidas, que garantem o acesso tendo por base as regras ao invés da avaliação das necessidades do doente, cuidados de enfermagem e rotinas da unidade, geram uma relação conflituosa entre o doente, família e profissionais de saúde” (Tradução Pessoal).

¹³ “ (...) 100% dos familiares que permaneceram durante uma reanimação, referiram que o fariam novamente se uma situação similar ocorresse” (Tradução Pessoal).

individualizadas da família para o plano de cuidado de enfermagem, torna-se fulcral para a implementação de um cuidado centralizado na família. Quando esta compreende a doença do seu familiar e as variadas opções de tratamento, consegue participar responsabilmente na tomada de decisões e fornecer suporte emocional ao doente. As famílias que se encontram envolvidas no cuidar, conseguem mais favoravelmente processar o impacto da doença no sistema familiar. Surge então a necessidade de qualificação e comprometimento dos enfermeiros em todas as esferas do cuidar, tanto no cuidado intensivo, como no campo educacional, tornando-se evidente como alegam Meleis *et al.* (2000) a necessidade do cuidar sob uma visão holística, considerando-se as crenças, valores, educação e situação económica e familiar.

Verificámos que as famílias dos doentes que acorrem ao SU sofrem psicologicamente mediante a hospitalização e os obstáculos inerentes à mesma. Constatámos as suas indignações, críticas, inseguranças e medos face à desvinculação temporária com o seu familiar. Segundo Souza, Silva e Nori (2007), prestar um atendimento humanizado não requer, necessariamente, dedicar mais tempo ao doente ou ter condições ideais, basta, saber dirigir palavras de conforto e segurança, dar real atenção à pessoa, conversar com ela deixar que esta se manifeste e, até, que reclame. Os sentimentos familiares negativos eram amenizados quando se verificava um envolvimento emocional com os profissionais, e exacerbado, mediante a ausência do mesmo. Isto gera o que Pinho e Kantorski (2006) arguíram, uma contradição teórico-prática na profissão de enfermagem, uma vez que a função de humanização no contexto hospitalar é preconizada e defendida pelos enfermeiros, mas que, na prática, pouco representa e pouco se realiza. Isto advém do facto dos profissionais que trabalham no SU diariamente estarem acostumados a situações que, aos olhos dos doentes e familiares, são extremamente difíceis de serem vivenciadas, mas para os enfermeiros, rotineiras.

Futuramente pretendemos, desenvolver com a coordenação do SUG, estratégias visando a melhoria da prática destes cuidados relacionais, e possivelmente, formalizar uma proposta de acolhimento para o serviço, no cuidado ao doente/família com EAM, pois compreendemos que como enfermeiros temos o privilégio único de fazer a diferença num dos momentos mais desafiantes na vida do doente e da sua família.

4. QUESTÕES ÉTICAS

A problemática estudada e desenvolvida ao longo deste relatório, tem na sua base os princípios éticos em cuidados de saúde descritos pela OE (2003): o princípio da beneficência, não-maleficência, justiça, respeito pela autonomia e da vulnerabilidade. Refere a OE que:

Sendo patente o envelhecimento da população e a associação, nos idosos, de doenças crónicas incapacitantes e desequilíbrio psicológicos, familiares ou socioeconómicos, é dever do enfermeiro ajudar a procurar o caminho da autonomia e fomentar uma longevidade com qualidade de vida (...). É fundamental o reconhecimento do Outro (...) como pessoa autónoma (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 54).

Verifica-se, no entanto, que na relação entre enfermeiro e doente, a relação de poder do primeiro relativamente ao segundo prevalece muitas vezes, sob a justificação de que as decisões são tomadas no melhor interesse do doente. De facto, já afirmava a OE (2003) que aqueles princípios não têm uma relação simples nem hierárquica entre eles, existindo, frequentemente, tensões na sua aplicação. No entanto Fernandes (2008, p.13) considera que o que “ *não deve continuar a acontecer é o uso quase exclusivo do princípio de beneficência como orientador da acção dos profissionais de saúde, escamoteando ou ignorando a existência de poder no relacionamento na prestação de cuidados*”.

No Artigo 89º do Código Deontológico dos Enfermeiros – *Da humanização dos cuidados-*, está descrito que o enfermeiro deverá: “*a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 107) e no Artigo 81º- *Dos valores humanos-*, que o enfermeiro deve assumir o compromisso de: “*e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida*” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 51).

É esta a filosofia de cuidados de enfermagem em que acreditamos e aquela que procurámos fomentar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo que a incidência de doença coronária (DC) tem vindo a aumentar de forma consistente no nosso país, sendo em cerca de um terço dos casos a manifestação inaugural o EAM - uma situação clínica relativamente comum, potencialmente fatal e com um importante custo socioeconómico. O tratamento do enfarte assenta no restabelecimento, tão precoce quanto possível, do fluxo sanguíneo no vaso ocluído. A evolução e a generalização das estratégias de reperfusão e o emprego de medidas de prevenção secundária têm permitido reduzir a mortalidade hospitalar e melhorar o prognóstico a longo prazo nos sobreviventes do episódio agudo.

Os doentes com EAM têm um alto risco de mortalidade na sua fase aguda, logo é imperativo que os seus cuidados sejam planeados e executados de forma eficaz, para reduzir ou eliminar o risco no contexto de urgência. Os enfermeiros encontram-se em posição privilegiada para identificar doentes com EAM ou em alto risco de desenvolvimento do mesmo e participar no processo de tratamento. Só um alto nível de conhecimentos especializados e prática clínica permitirá aos enfermeiros contribuir positivamente para o diagnóstico precoce e para a gestão dos cuidados a este grupo vulnerável. Técnicas de comunicação assertiva permitirão fornecer informações, apoio e aconselhamento aos doentes e suas famílias ao longo da sua jornada, desde os cuidados imediatos ao planeamento para a alta (Marshall, 2011).

No SUC, enquanto procurávamos observar e analisar a intervenção dos enfermeiros no atendimento primário e emergente ao doente/família com EAM, assim como as suas implicações nas intervenções terapêuticas, procurou-se extrair contributos e angariar novos conhecimentos que poderiam influenciar a nossa prática actual, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem (embora nem sempre no âmbito da nossa temática) e tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. Com vista à promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, foram observadas criticamente as práticas, sugerindo sempre que possível e sempre que se justificava, reformulações com base na evidência científica disponível, promovendo a proximidade entre a equipa/doente/família.

Na UNICC procurou-se, numa primeira fase, além do desenvolvimento de competências técnicas, compreender tudo o que envolve o tratamento invasivo e farmacológicos destas pessoas. Realizámos vários estudos de caso aplicando os conhecimentos teórico-práticos, relacionando-os com a individualidade de cada pessoa, procurando o estabelecimento de um plano de cuidados único e individualizado, tendo em conta as particularidades da patologia, do tratamento a adoptar e do suporte familiar e social presente. Foram ainda adquiridos conhecimentos teóricos e práticos em áreas que não planeámos, tendo intervindo em situações em que os doentes tinham necessidade de técnicas dialíticas e assistência ventricular externa através do BIA. Identificaram-se ainda algumas etiologias dos episódios de urgência relacionados com descompensação de doença crónica, tendo-se prestado cuidados directos não só no âmbito do EAM, mas também na ausência deste, noutras patologias do foro cardíaco. Por vezes a nossa intervenção sofreu algumas limitações impostas pelos horários de trabalho, no entanto, cuidamos globalmente dos doentes e suas famílias, capacitando-os para a transição e gestão da sua doença, através de informação, esclarecimento de dúvidas, abertura para expressão dos seus sentimentos, crenças e receios.

No serviço de HD, para o qual tínhamos previsto um período de observação, atentámos o acolhimento, bem como a abordagem da equipa de enfermagem durante a realização da ATP do doente com EAM, procedimento durante o qual o doente está acordado, sendo este um factor privilegiado para a comunicação e desmistificação de receios inerentes ao procedimento invasivo em si. No entanto, verificamos que isto não ocorre. O doente é informado do procedimento no SUG e transferido para o serviço de HD após ter concordado com o mesmo, limitando-se aqui a estar deitado na mesa, imóvel, enquanto o cardiologista conclui o seu trabalho. O papel preponderante dos enfermeiros deste sector é o de apoio técnico no procedimento, com pouca ênfase para a componente humana e relacional. No entanto, acreditamos que o nosso papel embora de observador, porém não inerte de crítica e reflexão com os demais colegas, pode representar, uma mais-valia para a melhoria de um campo que é completamente autónomo na prática de Enfermagem, a informação ao doente, o esclarecimento de dúvidas, o desmistificar de receios e mais importante, o fornecimento de apoio ao doente e família.

No SUG abordamos toda esta problemática do EAM e do seu impacto no doente/família, na perspectiva dos processos pelos quais passam estas pessoas, com vista à adaptação da sua doença. Tivemos em conta necessidades de informação mais prementes a estes doentes, bem como a mudança na estratégia do acolhimento e do trato oferecido pelos profissionais às suas famílias. A comunicação interpessoal enfermeiro/doente no contexto da relação de ajuda e do cuidar em enfermagem é um elemento decisivo e determinante para que os enfermeiros possam desenvolver intervenções bem fundamentadas, tanto do ponto de vista científico e técnico como das dimensões relacional e ética. Só integrando esta dimensão nas múltiplas exigências do cuidado confirmamos um verdadeiro profissionalismo e garantimos a qualidade dos cuidados a que as pessoas doentes e suas famílias têm direito.

Esteve, portanto, presente ao longo de todo este relatório, a Teoria da Transição de Meleis (1994), que norteou a nossa pesquisa bibliográfica concretizada no enquadramento teórico e conduziu a nossa reflexão permanente, tendo sido a “lente” através da qual observámos a realidade ao longo do trabalho de campo. O modelo teórico de Meleis mostrou-se eficaz na compreensão do papel do enfermeiro enquanto facilitador de processos de transição saúde-doença.

Em termos de desempenho a nível de prática clínica, o quadro de referência norteador foi o modelo de *Dreyfus* aplicado à enfermagem por Benner (2001), que perspectivou o desenvolvimento de competências e de perícia do enfermeiro especializado, de forma progressiva e sedimentada. Foi nosso objectivo que, através de todo o estágio, se desenvolvessem competências de nível de proficiente/perito, descritas na introdução, as quais consideramos ter atingido, tendo por base o trabalho desenvolvido e as avaliações efectuadas pelos orientadores dos campos de estágios (Anexos I, II e III).

Sentimos que todo o trabalho desenvolvido ao longo deste mestrado sedimentou mais o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. A este último nível, desenvolvemos competências numa área de intervenção autónoma de enfermagem e acreditamos ter promovido, nos contextos onde estivemos, e junto dos profissionais com os quais tivemos o privilégio de trabalhar, uma maior sensibilização para a construção de um cuidado integrado nas necessidades individuais de cada doente e sua especificidade familiar, contribuimos para uma melhor proximidade entre enfermeiro/doente/família, destacando o papel vital do enfermeiro na alteração de rotinas meramente técnicas,

aliadas aos benefícios do cuidar humanizado. Em última análise, consideramos ter colaborado, de alguma forma, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa a vivenciar um EAM e actuámos como facilitadores no processo de transição saúde-doença.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Almeira, P. & Pires, D. (2007). O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 9, 617-629.
- Alto Comissariado da Saúde. (2007). *Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.
- Arslanian-Engoran, C. (2009). Explicating Nurse's Cardiac Triage Decisions. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 50-57.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Bensenõr, F. & Cicarelli, D. (2003). Sedação e Analgesia em Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 53, 680-693.
- Bressan, F., Jorge, L. & Zientarski, T. (2007). *Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana com enfoque no autocuidado de pacientes pós-infarto agudo do miocárdio*. Trabalho de conclusão de disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis.
- Cainé, J. M. (2004). *A família como unidade de suporte em pessoas com enfarte agudo do miocárdio: Uma análise do seu envolvimento durante o processo de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Carneiro, J., Júnior, L., Chaves, A., Coutinho, M., Oliveira, M., Moura, A., Parente, J. *et al.* (2005). Fibrinólise Imediata ou Transferência para Angioplastia Primária no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST? Quando e como transferir? *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, 13(1), 32-36.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing Research Methodology*, 237-256.
- Cintra, E., Nishide, V. & Nunes, W. (2003). *Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. São Paulo: Atheneu.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 658-671.
- Despacho N°16415/2003. (Agosto de 2003). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. *Diário da Republica II Série*.

- Dilaveris, P., Synetos, A., Giannopoulos, G., Gialafos, E., Pantazis, A. & Stefanadis, C. (2006). Impacts on Myocardial infarction death in the Athens territory: the CLIMATE Study. *Heart*, 92, 1747-1751.
- Direcção Geral De Saúde. (2003). *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa.
- Edwards, S. (2002). Myocardial infarction: nursing responsibilities in the first hour. *British Journal of Nursing*, 11(7), 454-468.
- Fernandes, M. (1999). Metodologia do Projecto. *Servir*, 47(5), 233-236.
- Fernandes, M. (2008). Poder no relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23.
- Figueiredo, N., Stipp, M. & Leite, J. (2008). *Cardiopatias: Avaliação e Intervenção em Enfermagem*. São Paulo: Yendis.
- Giannini, S., Forti, N. & Diament, J. (2002). *Cardiologia Preventiva: Prevenção Primária e Secundária* (Vol. 1). São Paulo: Atheneu.
- Hanson, S. (2001). Family health care nursing: An introduction. In S. e. Hanson, *Family health care nursing: Theory, practice and research* (2ª ed., 3-35). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Instituto Nacional De Estatística. (2002). *Estatísticas de Saúde*. Lisboa.
- Junior, L. & Caramelli, B. (2006). Complicação Infecciosa indica mau prognóstico no Infarto Agudo do Miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87, 267-274.
- Keenan, J. (2006). Nurse prescribing for patients with coronary heart disease. *Nurse Prescribing*, 4 (3), 92-97.
- Kirchberger, H., Meisinger, C., Hildegard, S., Rupert, Wende, Bernhard, Rolf, H. et al.(2010). Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 10-29.
- Leibowitz, D., Planer, D. W. & Rott, D. (2007). Seasonal Variation in Myocardial Infarction Is Limited to Patients With ST-Elevations On Admission. *Chronobiology International*, 24(6), 1241-1247.
- Lynch, J. (1978). The simple act of touching. *Nursing*, 8(6), 32-36.
- Marshall, K. (2011). Acute coronary syndrome: diagnosis, risk assessment and management. *Nursing Standard*, 25 (23), 47-57.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, DeAnne & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle- Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (December de 1994). Facilitating transitions: redefenition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meltzer, L., Pinneo, R. & Kirchell, J. (1997). *Enfermagem na Unidade Coronariana* (3ª ed.). São Paulo: Atheneu.

- Mendes, A., Bastos, F. & Paiva, A. (2010). A pessoa com insuficiência cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Referência Série III*, 7-16.
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República, I série-A*, 2959-2962.
- Ministério da Saúde. (2002). Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital. (2ª), 93. (G. Ducel, J. Fabry, L. Nicolle, Edits. & M. Pina, Trad.) Lisboa, Portugal. Obtido em 05 de 01 de 2012, de Direcção-Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>
- Moritz, R., Souza, R. & Machado, F. (2005). Avaliação de um algoritmo para a adequação da sedoanalgesia de pacientes internados em UTI e submetidos à ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 17, 265-269.
- Morton, P., Fontaine, D. & Hudak, C. (2007). *Cuidados Críticos de enfermagem: uma abordagem holística* (8 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Murphy, M. & Fitzsimmons, D. (July de 2004). Does attendance at an immediate life support course influence nurses' skill deployment during cardiac arrest? *Resuscitation*, 62, 49-54.
- Nascimento, E. & Trentini, M. (2004). Os cuidados de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Teoria Humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(2), 71-78.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003). Portugal: O perfil da Saúde.
- Orbe, M., Jerjes-Sánchez, C., García-Sosa, A., Garcia, H., Reyes, E., Fernández, D., Garza, O. et al. (2008). Registro de Alteplasa en Síndromes Coronarios Agudos con elevación del ST. *Archivos de Cardiología de Mexico [online]*, 78(3), 255-264.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: Nova redação conferida pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 24 de 04 de 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Document/LegislacaoOE/Regulamento_com_petencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Proposta do Programa Formativo da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série*, 8648-8653.
- Pai, D. & Lautert, L. (2005). Suporte Humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 231-234.
- Pereira, F. (2000). *Significação das vivências do doente confrontado com o seu enfarte agudo do miocárdio*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

- Pinho, L. & Kantorski, L. (2006). Condições de atendimento na unidade de emergência: um estudo qualitativo com famílias de pacientes. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 8(3), 223-232.
- Randall, G., Molloy, G. & Steptoe, A. (2009). The impact of an acute cardiac event on the partners of patients: a systematic review. *Health Psychology Review*, 3(1), 1-84.
- Regulamento Nº 124/2011. (2011). *Diário da Republica Nº 35, Série II - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido em 24 de 04 de 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAGNov2010.pdf
- Rodrigues, T. & Botti, N. (2009). Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. *Acta Paulista Enfermagem*, 22 (Especial-Nefrologia), 528-530.
- Rosser, C., Bare, B. & Meredith, J. (1999). Urinary tract infections in the critically ill patient with a urinary catheter. *American Journal Surgeons*, 177(4), 287-290.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência 1ª Serie, Nº 11*, 59-62.
- Santos, F. L. & Araújo, T. (Dezembro de 2003). Vivendo Infarto: Os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Revista Latino- am Enfermagem [online]*, 11(6), 742-748.
- Santos, J. C. & Piaggi, L. F. (2010). Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, 2, 43-51.
- Scherer, C., Stumm, E., Loro, M. & Kirchner, R. (2011). O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Revista Eletrônica de enfermagem*, 13(2), 296-305.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a (as) competência (as). *Revista de Enfermagem Referência, III Série Nº3*, 15-23.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Silva, C., Valente, G., Bitencourt, G. & Brito, L. (Julho/Setembro de 2010). A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 15(3), 548-551.
- Smeltzer, S. & Bare, B. (2005). *Tratado de enfermagem médico-cirurgica* (10 ed., Vol. 1). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Soares-Costa, J. (2005). Nova definição clínica do enfarte do miocárdio. *Medicina Interna*, 12 (1), 37-41.
- Society of Critical Care Medicine. (2008). *Fundamental Critical Care Support* (4º ed.). (M. Vicari, Trad.) São Paulo: AWWE.

- Souza, R., Silva, M. & Nori, A. (2007). Pronto socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2), 242-249.
- Spertus, J. A., Radford, M., Every, N., Ellerbeck, E., Peterson, E. & Krumholz, H. (April de 2003). Challenges and Opportunities in Quantifying the Quality of Care for Acute Myocardial Infarction. *Circulation- Journal of the American Heart Association*, 1680-1691.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Vila, V. & Rossi, L. (Março/Abril de 2002). O significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10 (2), 62-67.
- Wright, F. (2007). Family-Focused Care. In R. Kaplow & S. Hardin, *Critical Care Nursing: Synergy for Optimal Outcomes* (1ª ed., 1-778). Jones & Bartlett Publishers.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32.
- Zinn, G., Silva, J. & Telles, S. (2003). Comunicar-se com o paciente sedado: Vivência de quem cuida. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 3, 326-332.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I. Objectivos e actividades de estágio

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
	RESULTADOS
	ACTIVIDADES
<p>Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa com EAM em situação de emergência</p>	<p>Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do SUC.</p> <p>Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica.</p> <p>Pesquisar recursos bibliográficos na área da cardiologia, nomeadamente na área do tratamento e abordagem ao doente com EAM no SUC.</p> <p>Solicitar, no serviço, normas, protocolos e outro material de formação/apoio utilizado, nomeadamente Via Verde Coronária, protocolo de actuação na sala de reanimação, transferência para serviço de Hemodinâmica.</p> <p>Colaborar na prestação de cuidados especializados à pessoa com EAM e sua família/cuidador informal.</p> <p>Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e tomar a iniciativa na análise de situações clínicas.</p> <p>Observar a abordagem do doente com suspeita de EAM, abordagem instituída e encaminhamento efectuado.</p> <p>Realizar reuniões formais e informais com o enfermeiro orientador para análise de situações e discussão de ideias.</p>
	<p>Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da cardiologia à pessoa com EAM em situação de emergência.</p>
	<p>Manter cuidados de assepsia e normas da comissão de controlo de infeção hospitalar no tratamento do doente com EAM.</p> <p>Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica existentes.</p> <p>Intervir, melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.</p>
	<p>Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa com EAM</p>
	<p>Desenvolvimento de competências na prevenção e controlo da Infeção perante a pessoa em situação crítica com EAM</p>

	<p>Observar criticamente as práticas instituídas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, reformulações com base na evidência científica disponível.</p>	
<p>Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados</p>	<p>Observar criticamente as práticas observadas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, reformulações com base na evidência científica disponível.</p> <p>Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica existente</p> <p>Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade, utilizando adequadamente técnicas de resolução de conflitos.</p> <p>Identificar factores que podem interferir positiva ou negativamente no relacionamento entre a pessoa cliente, família/cuidador informal e/ou equipa multidisciplinar</p>	<p>Promoção da melhoria contínua dos cuidados, promovendo a proximidade entre a equipa, cliente e família/cuidador informal.</p>

	<p>UNIDADE DE CUIDADOS CORONÁRIOS</p>	
<p>Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados ao doente crítico com EAM</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <p>Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UNICC</p> <p>Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica</p> <p>Pesquisar recursos bibliográficos na área da cardiologia, nomeadamente na área do tratamento e abordagem com doente com EAM</p> <p>Colaborar na prestação de cuidados especializados à pessoa com EAM e sua família/cuidador informal.</p> <p>Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e tomar a iniciativa na análise de situações clínicas.</p> <p>Observar a abordagem do doente com diagnóstico de EAM, abordagem instituída e encaminhamento efectuado</p>	<p>RESULTADOS</p> <p>Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com EAM e sua família/cuidador informal</p>

	<p>Identificar prontamente focos de instabilidade face a pessoa com EAM, e responder de forma antecipatória, demonstrando conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV)</p> <p>Executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa com EAM</p>	
<p>Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa com EAM</p>	<p>Conhecer e colaborar na aplicação das normas da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Santa Cruz</p> <p>Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica existentes.</p> <p>Observar criticamente as práticas instituídas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, reformulações com base na evidência científica disponível.</p> <p>Observar criticamente as práticas observadas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, reformulações com base na evidência científica disponível.</p> <p>Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica existente</p> <p>Identificar factores que podem interferir positiva ou negativamente no relacionamento entre a pessoa cliente, família/cuidador informal e/ou equipa multidisciplinar</p>	<p>Promoção da melhoria da qualidade dos cuidados visando a minimização de complicações inerentes a técnicas invasivas e infeção cruzada na abordagem doente com EAM.</p>
<p>Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados</p>		<p>Promoção da melhoria contínua dos cuidados, promovendo a proximidade entre a equipa, cliente e família/cuidador informal.</p>

SERVIÇO DE HEMODINÂMICA


	ACTIVIDADES	RESULTADOS
<p>Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados ao doente crítico com EAM, submetido a</p>	<p>Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço de hemodinâmica</p> <p>Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica</p>	<p>Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem</p>

<p>ATP</p>	<p>Pesquisar recursos bibliográficos especificamente na área da intervenção percutânea invasiva no diagnóstico e/ou tratamento de EAM</p> <p>Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e tomar a iniciativa na análise de situações clínicas.</p> <p>Observar a abordagem da equipa de enfermagem na admissão, tratamento e transferência do doente com EAM na sala de HD.</p> <p>Identificar prontamente focos de instabilidade face a pessoa com EAM, e responder de forma antecipatória, demonstrando conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV)</p> <p>Promover o respeito pelo cliente quanto à sua escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e da saúde.</p>	<p>especializados à pessoa em situação crítica com EAM e sua família/cuidador informal</p>
<p>Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa com EAM, submetida a ATP</p>	<p>Conhecer e colaborar na aplicação das normas da Comissão de Controlo de Infeção</p> <p>Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica existentes.</p> <p>Observar criticamente as práticas instituídas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, reformulações com base na evidência científica disponível.</p> <p>Observar criticamente as práticas observadas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, reformulações com base na evidência científica disponível.</p> <p>Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica existente</p> <p>Identificar factores que podem interferir positiva ou negativamente no relacionamento entre a pessoa cliente, família/cuidador informal e/ou equipa multidisciplinar</p>	<p>Promoção da melhoria da qualidade dos cuidados visando a minimização de complicações inerentes a técnicas invasivas e infeção cruzada na abordagem doente com EAM.</p>
<p>Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados</p>	<p>Observar criticamente as práticas observadas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, reformulações com base na evidência científica disponível.</p> <p>Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica existente</p> <p>Identificar factores que podem interferir positiva ou negativamente no relacionamento entre a pessoa cliente, família/cuidador informal e/ou equipa multidisciplinar</p>	<p>Promoção da melhoria contínua dos cuidados, promovendo a proximidade entre a equipa, cliente e família/cuidador informal.</p>

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	
ACTIVIDADES	RESULTADOS
<p style="text-align: center;">Actuar como dinamizador da incorporação de novas evidências no contexto da prática cuidativa (Enfermeiro como facilitador da Transição Saúde-Doença da Pessoa/Família num processo de EAM), com base nos contributos do trabalho de campo e pesquisa efectuados</p>	<p>Validar com a responsável do GIA as necessidades de informação específicas de intervenção junto da família do doente/ durante um processo de EAM</p>
	<p>Observar as interações da equipa do GIA com as famílias usando um pequeno guia elaborado previamente</p>
	<p>Desenvolver competências práticas com a família na área específica de transição saúde – doença da pessoa com EAM</p>
	<p>Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica existentes.</p>
	<p>Obter ganhos em saúde dos cidadãos bem como para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem.</p>
	<p>Desenvolver competências na área de supervisão de práticas clínicas</p>

APÊNDICE II. Cronograma de estágio

 MESTRADO EM ENFERMAGEM - JORNADA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOAL EM SITUAÇÃO CRÍTICA		2011												2012												
		Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro			Fevereiro			Março/Maio									
Ano	Mês	Semana	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a	7. ^a	8. ^a	9. ^a	10. ^a	11. ^a	12. ^a	13. ^a	14. ^a	15. ^a	16. ^a	17. ^a	18. ^a	19. ^a	20. ^a	21. ^a			
		Dias	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	1	8	15	22	29	5	12	19			
		Campos de Estágio	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	30	6	13	20	27	3	10	17	24	31			
			A c t i v i d a d e s n a E S E L																							
		Serviço de Urgência Central																								
		Unidade de Cuidados Coronários																								
		Serviço de Hemodinâmica																								
		Serviço de Urgência Geral																								
			F é r i a s d e N a t a l																							
			Elaboração do Relatório																							

APÊNDICE III. Grelha de observação (informação transmitida à família no SUG)

TÓPICO	COMENTÁRIO
Aquando da entrada do doente o Enf ^o procura familiares ou acompanhantes do doente?	
Verifica-se um apoio à família com esclarecimento das normas e rotinas da instituição?	
Em que local é que esta informação é partilhada?	
O ambiente utilizado para a partilha de informações com os familiares assegura conforto e privacidade aos mesmos?	
É identificado pelo Enf ^o necessidades de informação da família?	
Estas são esclarecidas pelo Enf ^o ou remetidas para o clinico responsável?	
O Enf ^o incentiva a família do doente a expor as suas dúvidas?	
É solicitado pela família o esclarecimento de dúvidas, quando este não é realizado pelo Enf ^o ?	
É validado pelo junto do doente (se possível) se este quer que a sua família seja informada da sua situação e a quem especificamente?	
O Enf ^o orienta a família acerca do que se está a passar com o doente, utilizando palavras de fácil compreensão?	
Observa-se apoio e conforto na interacção doente/ família?	
O Enf ^o notifica o clinico e solicita que seja dada informação à família acerca do estado actual e futuro tratamento do doente?	
Observa-se uma informação e esclarecimento sobre os benefícios do tratamento e possíveis complicações por parte do enfermeiro?	
É permitido o acompanhamento da família (uma pessoa significativa) durante todo o percurso de tratamento do doente no SUG?	
Se não, especificar quais os locais/ períodos em que existe uma restrição?	
É avaliado pelo enfermeiro a necessidade de suporte social para a família?	
O Enf ^o do GIA possui alguma formação em comunicação ou gestão de conflitos? Se não, acha que o deveria ter para desempenhar a função designada?	
Em situações de conflito ou maior angústia, quais os 5 argumentos proferidos pelo doente/ família, geradores de tal situação?	

ANEXO I. Avaliação de estágio no Serviço de Urgência Central



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Pessoa em Situação Crítica

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competências que pretendia desenvolver no SUC do HSM (10/10 a 11/11)
→ Compet. Clínicas especializadas na prestação de cuidados a pessoas com EAM em situações de emergência - Apesar de não ter havido boletim C/TA M delimito o estágio todas as actividades mencionadas foram realizadas com outros docentes do curso conduzido com orientação e supervisão do enfermeiro orientador a um nível MBON
→ Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeções - As actividades realizadas permitiram desenvolver a competência a um nível muito bom
→ Promover a melhor continência de qualidade dos cuidados - as actividades realizadas tiveram em conta não só o nível de competências, visando sempre manter o cuidador de enfermeiro de qualidade e a competência foi desenvolvida a um nível MBON

Data:	Tutor	Assinatura
02/11/2011	N.ª Teresa Leal	N.ª Teresa Leal
	Orientador	
	Alves da Silva Pereira	J.ª Soares
	Estudante	
	Carolina Sofia Rêgo Soares	Carolina Soares

ANEXO II. Avaliação de estágio na Unidade de Cuidados Coronários



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Cláudia revelou sempre elevado nível de responsabilidade durante toda a experiência em clínica, desenvolvendo bastante interesse no seu desenvolvimento profissional e aquisição de competências. Relativamente à vertente humana, demonstrou sempre boas relações profissionais, quer com a equipa multidisciplinar, quer com os próprios doentes e familiares. Integrou-se bastante bem no serviço, promovendo um ambiente propício à aprendizagem.

O trabalho que a Cláudia desenvolveu permitiu sempre pela rigor e qualidade nas suas execuções, demonstrando conhecimentos profundos e atualizados. Dos objetivos traçados para este campo de estágio, foram todos atingidos com sucesso e sem dificuldade. Deste modo, a apreciação global do seu percurso encontra-se ao nível de Muito Bom.

Data:	15/12/11	Tutor:	Ms. Lameira	Assinatura:	[Assinatura]
Data:	15/12/11	Orientador:	Juán Fomaca		Luísa Marques de Albuquerque de Fomaca
Data:	15/12/11	Estudante:	Cláudia Sota Rocha Torres		Cláudia Torres

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De todas as competências planeadas durante o estágio, todas foram desenvolvidas a nível de Muito Bom.

As competências críticas esperadas na prestação de cuidados ao doente, cetero com Expre. Agudo do coração, notou-se na preparação em ter conhecimentos actualizados sobre o caso em questão, bem como uma execução 'de excelência' ao nível de cuidados. Técnicas de alta complexidade dirigidas ao doente com EAM. Devido a contingências do serviço, formos difíceis a abordagem aos familiares, mas esteve sempre muito disponível para tal.

Houve também um espaço de proar a melhoria da qualidade dos cuidados, inclusive ao nível da prevenção e controlo de infecção. Sempre que foi detectada alguma situação foi sempre discutida e aguentada com o enfermeiro. Assentada as diferenças na abordagem dos cuidados ao doente com EAM. Durante o estágio, existiu sempre um elevado nível de responsabilidade, demonstrando grande interesse no seu desenvolvimento profissional e aquisição de competências.

Tutor

Assinatura

Data:
28/01/12

Orientador
Luis Manuel Sanches de Almeida

Estudante

Cláudia Sofia Rocha Torres

Data:
28/01/2012

Luis fmkca

Cláudia

ANEXO III. Avaliação de estágio no Serviço de Urgência Geral



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Pessoa em Situação Crítica

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Aluna definiu para este estágio 3 actividades a desenvolver de forma a dar resposta ao objetivo definido. ~~(foram)~~
As actividades foram desenvolvidas de forma excelente.
A Aluna foi muito interessada, demonstrou atitude pro-activa junto da família e promoveu a confiança dos mesmos e ajudando assim o doente a ultrapassar a situação de doença.
Durante o estágio a aluna adquiriu novas competências na área da Comunicação, que com a família, quer como a equipa, competências essas que são promotoras da transição Saúde-Doença da pessoa/família num processo de CARE.

Data: 2/04/2012 Tutor: Clara Mónica Martins Assinatura: Clara Mónica Martins
Data: Orientador: _____
Data: Estudante: Cláudia Sofia Rocha Ferreira

