



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

**Intervenção Especializada do Enfermeiro na Vigilância
da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda – Melhoria
do *Outcome***

Andreia Raquel Lopes Catarino

**Lisboa
2022**



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

**Intervenção Especializada do Enfermeiro na Vigilância
da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda – Melhoria
do *Outcome***

Andreia Raquel Lopes Catarino

Orientador: Professora Maria Augusta Grou Moita

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. Esta é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos pelo apoio incondicional, por acreditarem em mim e por compreenderem o meu cansaço e ausência. Com um agradecimento especial ao meu padrinho por toda a ajuda e incentivo.

À senhora Professora Augusta Grou Moita pelo apoio constante, orientação, motivação e compreensão.

Às equipas de saúde e instituições por onde passei, em particular aos senhores enfermeiros orientadores e senhores enfermeiros chefes, pela disponibilidade, pelo acolhimento e por todos os momentos de aprendizagem.

O meu MUITO OBRIGADA, a todos os que contribuíram de uma forma ou de outra, para que atingisse este objetivo!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE – A - airway, B - breathing, C - circulation, D - disability, E - exposure

AI – Angina Instável

APTT - Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BCRD – Bloqueio Completo de Ramo Direito

BCRE – Bloqueio Completo do Ramo Esquerdo

BPM – Batimentos por minuto

CABG – Coronary Artery Bypass Graft

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 – Doença por Coronavírus

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DCV – Doença Cardiovascular

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

ESC - European Society of Cardiology

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HNF – Heparina Não Fracionada

HTA – Hipertensão Arterial

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

ROTEM – Valores de tromboelastometria

SARS-CoV2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SCAc/SST - Síndrome Coronária Aguda com Supradesnivelamento do Segmento ST

SCAs/SST - Síndrome Coronária Aguda sem Supradesnivelamento do Segmento ST

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPO2 – Saturações periféricas de oxigênio

SR – Sala de Reanimação

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em todo o mundo, assinalando-se 17,9 milhões de mortes em 2019, com uma representação de 32% a nível mundial, sendo 85% dessas mortes referentes a pessoas com enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (WHO, 2021). Em Portugal, a doença isquémica do coração representou cerca de 6,4% da mortalidade em 2019, em que 3.8% foi referente à mortalidade total por enfarte agudo miocárdio (INE, 2021).

O enfermeiro tem um papel fundamental na abordagem e encaminhamento da pessoa com síndrome coronária aguda e, por conseguinte, na melhoria do seu *outcome* (Frisch et al., 2020). É, habitualmente, o primeiro profissional de saúde a avaliar a pessoa com dor torácica, quando esta recorre à unidade de saúde, decidindo, de acordo com a sua avaliação, se são necessários cuidados imediatos, priorizando a situação da pessoa com suspeita de síndrome coronária aguda, influenciando o período de tempo até à terapêutica de reperfusão (Frisch et al., 2020).

Os referenciais que emergem neste relatório são a vigilância, como a essência da Enfermagem de Meyer e Lavin (2005), e a função de diagnóstico e de vigilância de Benner (2001), que descrevem o cuidado de enfermagem como um estado vigilante contínuo, fundamental na deteção, antecipação e resolução de eventuais problemas, tendo em conta a pessoa como ser único, com preferências e valores particulares.

A elaboração deste relatório pretende demonstrar o percurso efetuado durante a realização do estágio, no Serviço de Urgência e na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, espelhando as competências adquiridas e desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, com especial foco na intervenção do enfermeiro na vigilância da pessoa com síndrome coronária aguda, na melhoria do seu *outcome*. O estágio foi efetuado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No decorrer deste percurso, destaca-se a reflexão contínua acerca das atividades realizadas e das competências desenvolvidas no cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica. Salienta-se, ainda, a seleção de bibliografia relevante para a tomada decisão, fundamental para uma intervenção de enfermagem precisa e eficiente, baseada na evidência científica.

PALAVRAS-CHAVE: Intervenção do enfermeiro, Vigilância, Pessoa em Situação Crítica, Síndrome Coronária Aguda.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of death worldwide, with 17.9 million deaths in 2019, representing 32% worldwide, with 85% of these deaths referring to people with acute myocardial infarction and stroke (WHO, 2021). In Portugal, ischemic heart disease represented about 6.4% of mortality in 2019, of which 3.8% was related to total mortality due to acute myocardial infarction (INE, 2021).

Nurses have a fundamental role in approaching and referring people with acute coronary syndrome and, therefore, in improving their outcome (Frisch et al., 2020). He is usually the first healthcare professional to assess the person with chest pain, when he comes to an healthcare facility, deciding, according to his assessment, whether immediate care is needed, prioritizing the situation of the person with suspected acute coronary syndrome, influencing the period of time until reperfusion therapy (Frisch et al., 2020).

The references that emerge in this report are surveillance, as the essence of nursing by Meyer and Lavin (2005), and the diagnosis and surveillance function by Benner (2001), who describe nursing care as a continuous state of awareness, fundamental in the detection, anticipation and resolution of possible problems, taking into account the person as a unique, with particular preferences and values.

The elaboration of this report intends to demonstrate the route taken during the internship, in the Emergency Service and in the Coronary Intensive Care Unit, mirroring the skills acquired and developed in the provision of care to the person in critical situation, with special focus on the nurse's interventions in the surveillance of people with acute coronary syndrome, in the improvement of their outcome. The internship was carried out within the scope of the Curricular Unit Internship with Report, of the 11th Master's Course in Nursing, Person in Critical Situation Specialization Area, of the Nursing School of Lisbon.

In the course of this path, it stands out the continuous reflection about the activities carried out and the skills developed in caring for the person experiencing complex processes of critical illness and/or multiorgan failure. Also noteworthy is the selection of relevant bibliography for decision-making, which is fundamental for a precise and efficient nursing intervention, based on scientific evidence.

KEYWORDS: Nurse intervention, Surveillance, Person in Critical Situation, Acute Coronary Syndrome.

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	10
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1.A Pessoa com Síndrome Coronária Aguda.....	14
1.2.A Vigilância da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda.....	21
2.ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES	
Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura	
Apêndice II - Cronograma	
ANEXOS	
Anexo I - Curso de Suporte Avançado de Vida	
Anexo II - Curso de Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma	
Anexo III - 1 ^{as} Jornadas de Cardiopneumologia na Urgência	
Anexo IV – Abordagem Urgente ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio”	
Anexo V - <i>WEBINAR</i> , - “Formação, Investigação e Exercício Profissional”	
Anexo VI - 1º Congresso Internacional - "O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade"	

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a realização de um relatório de estágio com o objetivo de refletir o percurso efetuado na aquisição e desenvolvimento de competências, enquanto futura Mestre e Enfermeira Especialista, no decorrer do 3º semestre. Previamente, foi elaborado um projeto que contemplou todo o planeamento, quer em termos das competências a adquirir, quer em termos das atividades a desenvolver durante o estágio.

O relatório em questão intitula-se a “Intervenção Especializada do Enfermeiro na Vigilância da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda - Melhoria do *Outcome*”, direcionado para a importância da deteção precoce e monitorização, até ao tratamento definitivo.

A escolha deste tema decorre das características específicas do meu local de trabalho – um Serviço de Urgência Geral Polivalente. No meu contexto diário, há necessidade de referenciação das pessoas acometidas de Síndrome Coronária Aguda (SCA) para outro Hospital do mesmo Centro Hospitalar. Esta situação é geradora de desafios diários, que colocam à prova a perícia do enfermeiro e a sua capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão, centrados na pessoa em situação crítica com dor torácica, quer apresente sintomatologia típica ou atípica.

Na pessoa com SCA, é imprescindível a sua identificação precoce e a realização imediata de eletrocardiograma (ECG), para permitir o início imediato da terapêutica direcionada e o devido encaminhamento para o local de tratamento definitivo. Desta forma, é possível melhorar o prognóstico da pessoa e, consequentemente, o impacto quer na sua qualidade de vida, quer na da sua família.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em todo o mundo (WHO, 2021). Em 2019, cerca de 17,9 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares, com uma representação de 32% a nível mundial, sendo 85% dessas mortes referentes a pessoas com enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (WHO, 2021). Em Portugal, no mesmo ano, a doença isquémica do coração representou cerca de 6,4% da mortalidade em 2019, em que 3,8% foi referente à mortalidade total por enfarte agudo miocárdio, patenteando cerca de 60% das mortes por doença isquémica do coração (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Perante estes dados, percebe-se que há ainda um longo caminho a percorrer, no sentido de otimizar a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com SCA, para a melhoria do seu *outcome*. Entende-se por *outcome*, na pessoa com SCA, a diminuição da sua mortalidade e morbidade, traduzindo-se na minimização das complicações para a pessoa com esta patologia (Miranda et al., 2021).

O tema escolhido é também de interesse pessoal, pela sua complexidade e pelo papel preponderante que o enfermeiro desempenha, quer junto da pessoa com SCA, no que se refere à deteção precoce e avaliação dos sinais e sintomas que possam indicar deterioração da sua condição clínica, quer junto da sua família.

Este trabalho é realizado tendo em conta uma metodologia descritiva e reflexiva, através da descrição e análise das atividades realizadas, e consequente reflexão sobre a prestação de cuidados, espelhando a importância da intervenção especializada do enfermeiro na vigilância da PSC, em especial com SCA, tendo como objetivo central a melhoria dos seus *outcomes*. A prestação de cuidados foi sustentada nos referenciais teóricos da vigilância de enfermagem de Meyer e Lavin (2005) e no domínio da função de diagnóstico e vigilância de Benner (2001), assim como na evidência científica, através da pesquisa bibliográfica e da revisão integrativa da literatura (RIL) previamente realizada (Protocolo no Apêndice I).

Na prestação de cuidados à pessoa com SCA, é essencial uma intervenção especializada do enfermeiro através de uma ação informada, com atribuição de significado aos sinais e sintomas, calculando os riscos, antecipando eventos e otimizando a prontidão para agir de forma adequada e eficiente, avaliando os resultados - os *outcomes* (Meyer & Lavin, 2005). Na pessoa com SCA, é também crucial a deteção precoce, através da monitorização de sinais, sintomas e mudanças significativas na sua condição fisiológica (Benner, 2001). Esta conduta permite antecipar eventuais problemas e necessidades da pessoa com SCA, prevendo o agravamento do seu estado antes que os sinais sejam explícitos, avaliando, em cada estratégia de tratamento, o potencial de resposta e cura (Benner, 2001).

O modelo de Dreyfus de aquisição de competências, aplicado à Enfermagem por Benner (2001), refere que o enfermeiro desenvolve as suas competências através da experiência adquirida aquando da prestação de cuidados, descrito em cinco níveis de desenvolvimento - iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e, por último, perito.

O nível de perito refere-se ao enfermeiro que tem o domínio intuitivo da situação e é capaz de identificar a fonte do problema, sem deixar para trás uma série de diagnósticos e alternativas (Benner, 2001). É o enfermeiro que conhece a pessoa alvo de cuidados, enquanto pessoa, e tem a capacidade de reconhecer padrões, com base nas experiências passadas (Benner, 2001). É este nível – o de enfermeiro perito - que me proponho alcançar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com SCA.

Neste sentido, foi realizado um estágio em dois contextos diferentes, para a aquisição de experiências distintas e consequente desenvolvimento de competências. Um dos contextos envolveu a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente com SCA, no Serviço de Urgência (SU) Geral, e o outro contexto na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC).

A seleção dos contextos de estágio referidos teve por base os objetivos específicos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica da ESEL (2010), de acordo com o Artigo 16º do Decreto-Lei n.º 65/2018, as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018) da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Deste modo, define-se como objetivo geral “Desenvolver competências especializadas na vigilância da Pessoa em Situação Crítica com SCA e sua família”. Como objetivos específicos, delineiam-se:

- Aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com SCA, com especial foco na vigilância, otimizando o seu percurso desde a entrada no Serviço de Urgência e/ou Laboratório de Hemodinâmica até à Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia;
- Cuidar da pessoa com SCA e sua família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica;
- Otimizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica com SCA, face à sua complexidade e necessidade de respostas adequadas e em tempo útil;
- Demonstrar capacidade de reflexão e integração de conhecimentos, selecionando fontes de informação relevantes que permitam lidar com situações complexas, desenvolvendo a capacidade de compreensão e de resolução de problemas.

A estrutura do trabalho está dividida em dois capítulos. No primeiro é efetuado o enquadramento teórico do tema, tendo em conta a bibliografia sobre a SCA e os referenciais teóricos de enfermagem selecionados. No segundo capítulo é realizada uma análise reflexiva das competências desenvolvidas durante a realização do estágio no contexto de SU e UCIC, descrevendo as estratégias utilizadas e as atividades efetuadas para atingir os objetivos propostos, espelhado o processo de aquisição de competências.

A elaboração deste relatório tem por base o novo acordo ortográfico da língua portuguesa, assim como o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações - Norma APA, da ESEL (Godinho, 2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo contempla a revisão da literatura efetuada acerca da pessoa com SCA, assim como sobre a intervenção especializada do enfermeiro na vigilância da pessoa com SCA na melhoria do seu *outcome*, subdividindo-se assim em dois subcapítulos respetivamente.

1.1.A Pessoa com Síndrome Coronária Aguda

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morte em todo o mundo (WHO, 2021). Em 2019, cerca de 17,9 milhões de pessoas morreram por DCV, representando 32% a nível mundial, em que 85% dessas mortes foram por enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (WHO, 2021).

Conforme Timóteo e Mimoso (2018), em Portugal, no ano de 2013, as doenças do aparelho circulatório constituíram uma das principais causas de morte, em que a SCA foi responsável por 37% dos óbitos. De acordo com os mesmos autores, a nível europeu, a mortalidade por doença coronária representou, no mesmo ano, um valor menor, cerca de 20%, estando diretamente relacionado com a melhoria dos cuidados médicos e com a introdução precoce do tratamento adequado.

De acordo com dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (2021), a doença isquémica do coração representou cerca de 6,4% da mortalidade em Portugal no ano de 2019, em que 3.8% foi referente à mortalidade total por enfarte agudo miocárdio, representando cerca de 60% das mortes por doença isquémica do coração.

Habitualmente, a SCA desenvolve-se quando, numa artéria coronária, uma placa aterosclerótica instável se rompe ou sofre um processo de erosão, expondo o seu núcleo repleto de lípidos (Bobadilla, 2016). Segundo estudos observacionais histopatológicos e imunocitoquímicos, será a existência de processos inflamatórios contínuos que irão destabilizar o tecido fibroso da placa aterosclerótica, dando início à rutura da mesma, aumentando assim o risco de trombose (Battilana-Dhoedt, Cáceres de Italiano, Gómez & Centurión, 2020).

Bobadilla (2016) explica que, após o início da rutura ou erosão da placa aterosclerótica, as plaquetas aderem ao local da lesão vascular, existindo uma interação entre o colagénio e o fator de *von Willebrand* na matriz extracelular, com os

recetores de glicoproteína na superfície plaquetária. Segundo a mesma fonte, esta interação ativa a formação de plaquetas, provocando uma mudança na sua forma e libertando difosfato de adenosina, juntamente com tromboxano A2. Estas plaquetas, por sua vez, quando expostas ao sangue circundante, através dos recetores da glicoproteína, ligam-se a proteínas adesivas, como o fator de *von Willebrand* e o fibrinogénio, o que estimula a formação de trombina na sua superfície e amplifica a agregação, favorecendo a coagulação (Bobadilla, 2016). Neste processo, estão envolvidos vários recetores plaquetários, incluindo o recetor P2Y12, que são ativados pelo difosfato de adenosina, mediando a libertação de potentes fatores pró-trombóticos e pró-inflamatórios envolvidos na agregação plaquetária (Bobadilla, 2016).

O processo descrito conduz à formação de um trombo e consequente hipoperfusão miocárdica, com ou sem vasoconstrição concomitante, levando assim a uma redução abrupta do fluxo sanguíneo na artéria coronária afetada, diminuindo a oxigenação dos tecidos, com risco crítico de isquemia e/ou necrose miocárdica (Battilana-Dhoedt et al., 2020). É este evento de rutura ou erosão de uma placa aterosclerótica instável que pode levar à SCA, sendo que a sua gravidade dependerá da resposta inflamatória e trombótica de cada pessoa em particular. Com base em Bobadilla (2016), o resultado pode variar entre o quadro de angina instável (AI), de SCA sem Supradesnivelamento do segmento ST (SCAs/SST), ou de SCA com Supradesnivelamento do segmento ST (SCAc/SST). Se a oclusão trombótica do vaso for parcial, poderá tratar-se de angina instável ou de SCAs/SST; por outro lado, a oclusão total do vaso está associada à SCAc/SST (Fonseca & Izar, 2016).

A dor torácica é um dos sintomas mais característicos da pessoa com SCA (Frisch et al., 2020). De notar, que a SCA diferencia-se em AI, em SCAs/SST e em SCAc/SST, de acordo com do electrocardiograma (ECG) de 12 derivações (Collet et al., 2015). Deste modo, na AI a dor torácica é transitória e está habitualmente associada a esforços, embora possa acontecer em repouso, não se verificando normalmente alterações no ECG (Collet et al., 2015). No que diz respeito à SCAs/SST, a pessoa pode ter ou não dor torácica, sendo que o ECG não apresenta elevação do segmento ST, enquanto que na SCAc/SST, a pessoa tem dor torácica aguda e elevação persistente do segmento ST (Collet et al., 2015).

De acordo com a Collet et al. (2015), na pessoa com SCAs/SST as alterações no ECG podem apresentar elevação transitória do segmento ST, depressão persistente ou transitória do segmento ST, inversão da onda T, ondas T planas ou

pseudo-normalização das ondas T ou, ainda, ECG normal com elevação de um biomarcador cardíaco, de preferência uma troponina cardíaca de alta sensibilidade, com pelo menos um doseamento acima do percentil 99 do limite máximo de referência. Segundo a mesma fonte, a pessoa pode não ter qualquer tipo de sintoma inicialmente, ou ter isquemia em curso com instabilidade elétrica e/ou hemodinâmica, ou mesmo ser acometida de paragem cardíaca.

Na pessoa com SCAC/SST, habitualmente existe uma oclusão coronária aguda total, desenvolvendo-se um Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do segmento ST (EAMc/SST) (Collet et al., 2015). Nesta situação, observa-se supradesnívelamento do segmento ST em pelo menos duas derivações contíguas, assim como elevação dos valores da troponina cardíaca com pelo menos um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência, o que traduz isquemia e/ou necrose do miocárdio, existindo indicação para tratamento imediato através de terapêutica de reperfusão (European Society of Cardiology, 2017).

Ainda de acordo com European Society of Cardiology (2017), a mortalidade intra-hospitalar de doentes não selecionados com SCAC/SST, nos registos nacionais dos países da Sociedade Europeia de Cardiologia, variou entre 4% e 12%, enquanto a mortalidade a um ano das pessoas com SCAC/SST, nos registos de angiografia, foi aproximadamente de 10%. O SCAC/SST é mais comum numa faixa etária mais jovem do que nos mais idosos, sendo mais frequente em homens do que em mulheres (European Society of Cardiology, 2017).

Segundo Timóteo e Mimoso (2018), a SCAC/SST representou 44% da população total diagnosticada com SCA, resultado de uma melhoria no cumprimento das recomendações internacionais, quer no que diz respeito aos procedimentos de diagnóstico, quer em relação à terapêutica efetuada, refletindo-se na diminuição da mortalidade e morbilidade ao longo dos anos. Segundo os mesmos autores, a mortalidade intra-hospitalar, na população total com SCA, diminuiu de 6,7% em 2002, para 2,5% em 2018. A mesma fonte refere que

o fator de risco com mais prevalência foi a hipertensão arterial, com uma representatividade de 64,5%, seguindo-se a dislipidémia (48,9%), a diabetes mellitus (28,4%) e o tabagismo (25,4%). A prevalência dos fatores de risco cardiovasculares e a história de intervenção coronária percutânea prévia aumentaram ao longo dos anos (p. 565).

A dor torácica típica na SCA caracteriza-se por uma sensação de peso ou pressão na região retroesternal, com irradiação para o membro superior esquerdo, para ambos os membros superiores ou para o membro superior direito, (embora

menos frequentes estas duas últimas situações), para a mandíbula ou pescoço, podendo ser uma dor persistente ou intermitente (habitualmente com duração de vários minutos) (Collet et al., 2015).

Por outro lado, a SCA pode manifestar-se de forma atípica na pessoa com elevado risco cardiovascular, sendo os principais sintomas o desconforto torácico com mais de um dia de evolução, dispneia ou cansaço de início súbito e síncope, em pessoas com antecedentes de doença coronária (EAM, angioplastia ou cirurgia cardíaca), hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) tipo 2, dislipidemia, obesidade, tabagismo, acidente vascular cerebral (AVC), doença renal crónica e doença arterial periférica (Frisch et al., 2020). De acordo com os resultados do estudo de Pinto, Lunet e Azevedo (2011), realizado em 2007, a sintomatologia atípica ocorreu em cerca de 20,5% dos casos, em que os principais sintomas foram a dispneia, alterações do estado de consciência, astenia, náuseas ou vômitos, diaforese, tosse, dor abdominal e dorsal, sendo a dispneia o sintoma mais frequentemente observado e os restantes mais raramente. Na sua generalidade, estes sintomas surgiram tanto nos casos da apresentação atípica como a acompanhar a apresentação típica da SCA, exceto a diaforese, as náuseas e os vômitos, que acompanharam a sintomatologia típica em mais de 20% das situações (Pinto, Lunet & Azevedo, 2011).

De assinalar, conforme o estudo de Pinto, Lunet e Azevedo (2011), que a probabilidade de apresentação atípica da SCA aumenta com a idade, 11,1% abaixo dos 50 anos e 25,4% acima dos 70 anos, sendo menos prevalente na presença de fatores de risco cardiovascular, à exceção da obesidade, bem como na presença de doença arterial periférica e doença cardíaca isquémica. Os mesmos autores destacam que a apresentação atípica foi mais frequente na SCAC/SST do que na SCAs/SST.

Muitas vezes, a apresentação atípica da SCA dificulta a sua deteção e diagnóstico, atrasando ou inviabilizando a implementação de intervenções terapêuticas com vista ao tratamento definitivo e de prevenção secundária, com danos para a pessoa, resultando numa maior morbimortalidade intra-hospitalar (Pinto, Lunet & Azevedo, 2011). Neste sentido, quando a pessoa tem sintomatologia típica ou atípica com suspeita SCA, deve ser realizado um ECG de 12 derivações nos primeiros 10 minutos depois de entrar na unidade de saúde. A interpretação, por profissional de saúde capacitado, deve ocorrer o mais rápido possível, de modo a facilitar o diagnóstico e encaminhamento adequado, para que seja iniciada a terapêutica de reperfusão necessária o mais célere possível (European Society of Cardiology, 2017).

Assim, torna-se preponderante que sejam identificadas precocemente as pessoas com sintomatologia típica e atípica, para que sejam incluídas na Via Verde Coronária (VVC), permitindo diminuir o tempo até ao tratamento de reperfusão adequado, traduzindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados e, por conseguinte, na melhoria da qualidade de vida da pessoa (European Society of Cardiology, 2017). Sendo o enfermeiro, habitualmente, o primeiro profissional de saúde com quem a pessoa com SCA contacta, cabe-lhe a si ativar a VVC e otimizar o respetivo encaminhamento, assegurando o cumprimento das *guidelines* atuais, de acordo com a melhor evidência científica. As orientações internacionais reforçam que, quanto menor o tempo decorrido entre o início dos sintomas, a deteção da SCA e a instituição da terapêutica de reperfusão, maior é o benefício do tratamento, refletindo-se em melhores *outcomes* para a pessoa (Morgado, Pereira & Caldeira, 2018).

A terapêutica de eleição, com melhores resultados, é a angioplastia primária, quando realizada atempadamente por equipas especializadas (Morgado, Pereira & Caldeira, 2018). A angioplastia com balão com a colocação ou não de stent, designada de Intervenção Coronária Percutânea (ICP), é cada vez mais a estratégia inicial no tratamento da pessoa com SCA, com clara vantagem sobre a terapêutica médica, em termos da redução da mortalidade (Zhang & Qi, 2021). A ICP primária consiste em realizar um cateterismo cardíaco, com o objetivo de visualizar as artérias coronárias, através da administração de contraste, e tratar a estenose ou a obstrução responsável pela SCA (Sebastián, Sequeiros, Ruiz, & Gómez, 2021).

A pessoa com suspeita de SCA necessita ser avaliada e vigiada, de modo a poder ser assegurada a sua estabilidade hemodinâmica. Consequentemente, devem monitorizar-se de forma contínua os sinais vitais e o traçado eletrocardiográfico, garantindo, se necessário, o acesso imediato a um desfibrilhador, para além de se procurar diminuir a ativação simpática, através do controlo da dor e ansiedade (Sebastián, Sequeiros, Ruiz & Gómez, 2021). De salientar, que a ativação simpática agrava a isquemia miocárdica, pelo que o tratamento inicial deve ser direcionado para o controlo sintomático, tanto da dor como da ansiedade (Sebastián et al., 2021). A dor deve ser tratada com opiáceos e a ansiedade com benzodiazepinas, sendo que a oxigenioterapia deve ser reservada para situações de hipóxia, para saturações inferiores a 90%, evitando o efeito deletério da hiperóxia (Sebastián et al., 2021).

Na situação em que, após a realização do ECG, se verifica que a pessoa tem uma SCAc/SST, um BCRE ou um BCRD de novo, com suspeita de isquemia associada, há indicação para realizar tratamento de reperfusão imediato com

angioplastia primária, preferencialmente até 60 minutos após início do quadro em Unidades Hospitalares com ICP, ou até 90 minutos em Unidades sem ICP (European Society of Cardiology, 2017). Se o período de tempo até à chegada à Unidade com ICP for superior a 120 minutos, deve iniciar-se a fibrinólise até 10 minutos desde a sua deteção, com transferência posterior, se a pessoa se encontrar hemodinamicamente estável, para uma Unidade Hospitalar com ICP (European Society of Cardiology, 2017). No caso de se tratar de uma SSAs/SST, a angioplastia deve ser realizada idealmente nas primeiras 24 horas, ou o mais breve possível, se ocorrer instabilidade hemodinâmica (Collet et al., 2015).

A pessoa com SCA deve cumprir dupla antiagregação, na sua dose de carga, com Ácido Acetilsalicílico (AAS) 250 a 300 mg via oral ou Acetilsalicilato de Lisina 450 mg via endovenosa, caso não seja possível a via oral, associado a um inibidor P2Y12, como o Prasugrel 60 mg via oral ou o Ticagrelor 180 mg via oral (Sebastián et al., 2021). De acordo com os mesmos autores, se houver contraindicação para a administração destes medicamentos, por AVC prévio, tratamento corrente com anticoagulação oral ou fibrinólise ou doença hepática moderada a grave, deve administrar-se o Clopidogrel 600 mg como inibidor P2Y12. O Cangrelor endovenoso é considerado outra opção, dado tratar-se de um potente P2Y12 reversível, que poderá ser equacionado quando não existe a possibilidade de escolha da via oral (European Society of Cardiology, 2017). Esta administração pode ser efetuada no momento da deteção do SCA ou na sala de hemodinâmica, aquando da ICP. É fundamental ter presente que o uso de opiáceos pode retardar a absorção oral e o início de ação destes medicamentos (Sebastián et al., 2021).

Associado à dupla antiagregação, a pessoa submetida a ICP deve realizar terapêutica anticoagulante, preferencialmente Heparina Não Fracionada (HNF) (Sebastián et al., 2021), na dose de 70 a 100 unidades/kg (European Society of Cardiology, 2017). Para além da HNF a terapêutica anticoagulante inclui a Enoxaparina na dose de 0.5 mg/kg endovenosa ou a Bivalirudina em situações de elevado risco de hemorragia (European Society of Cardiology, 2017).

No que se refere à terapêutica de manutenção, a pessoa com SCA deve cumprir 75 a 100 mg de AAS, 10 mg de Prasugrel, 90 mg de Ticagrelor ou 75 mg de Clopidogrel, fármacos administrados por via oral, associados a uma estatina e a um anticoagulante, apenas numa fase inicial, de acordo com a área e dimensão isquémica do miocárdio atingida (European Society of Cardiology, 2017).

A cirurgia de revascularização miocárdica (coronary artery bypass graft - CABG) emergente deve ser equacionada na pessoa com SCA com uma área grande de lesão miocárdica em risco, com instabilidade hemodinâmica ou em situações de choque cardiogénico (European Society of Cardiology, 2017). O CABG está também indicado na pessoa com SCAC/SST em que a oclusão coronária não é passível de ICP, devido a difícil acesso, sendo, contudo, raramente efetuada em contexto de emergência (European Society of Cardiology, 2017).

Na pessoa com SCA com estabilidade hemodinâmica, a CABG deve ser efetuada dentro de três a sete dias, após a interrupção da dupla antiagregação (três dias para o Ticagrelor, cinco para o Clopidogrel e sete para o Prasugrel), devendo manter apenas a toma de AAS (European Society of Cardiology, 2017; Hansson et al., 2018).

Na pessoa com SCAC/SST, a fibrilhação ventricular pode acontecer numa fase muito inicial. É também frequente a ocorrência de outras disritmias antes e após a ICP, quer na pessoa com SCAC/SST, quer com SCAs/SST (European Society of Cardiology, 2017). A pessoa com SCA é uma PSC, com risco iminente de instabilidade hemodinâmica ou paragem cardiorrespiratória, com necessidade de vigilância e monitorização contínua.

Segundo Benner, Kyriakidis e Stannard (2011), a PSC é aquela que se encontra em elevado risco de instabilidade, sendo incapaz de manter a sua estabilidade de forma independente. Trata-se da pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362). Neste sentido, os cuidados de enfermagem diferenciados e contínuos, dão resposta às necessidades da PSC, mantendo as funções vitais, prevenindo complicações e incapacidades, com vista à sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Cabe ao enfermeiro prestar cuidados especializados, de modo a detetar as mudanças significativas no estado clínico da pessoa com SCA, de forma a antecipar o agravamento do seu estado, prevenindo eventuais complicações (Benner, 2001). Na perspetiva de Benner (2001), os cuidados de enfermagem especializados exigem um desenvolvimento contínuo de competências, de perícia, de acordo com o seu nível de experiência. Este desenvolvimento de competências está intimamente relacionado com as várias situações com que o enfermeiro se depara diariamente na prestação de cuidados, que requerem a mobilização de conhecimentos baseados na evidência

científica, conhecimentos empíricos e tácitos, aliados à reflexão e raciocínio crítico para a resolução de problemas e tomada de decisão centrada na pessoa (Benner, 2001).

Nesta linha de pensamento, os cuidados de enfermagem à pessoa SCA devem também ter em conta o conforto da pessoa, não esquecendo a sua família, uma vez que estão a vivenciar processos complexos de doença. Segundo Kolcaba (2003), os cuidados de enfermagem devem atender às necessidades de conforto a nível físico, psico-espiritual, social e ambiental da pessoa e da sua família, despoletadas por uma determinada situação de tensão, e que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte habituais. O enfermeiro deve desenvolver intervenções para que a pessoa com SCA se sinta cuidada, promovendo o seu conforto, por exemplo, no alívio da dor e da ansiedade, assim como no acompanhamento da pessoa e família em todo o processo, dando resposta às suas necessidades de tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 2003).

1.2. A Vigilância da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda

A Enfermagem, sendo a arte de cuidar, é uma ciência que se centra na relação interpessoal e na relação de ajuda que se cria com a pessoa com SCA e família, inseridas numa determinada comunidade, com crenças, valores e preferências individuais, tendo sempre como finalidade a maximização do seu bem-estar e uma qualidade de vida melhor, promovendo a saúde e prevenindo a doença. O enfermeiro está presente, de forma permanente, para dar apoio, conforto e responder às necessidades da pessoa e sua família, capacitando-as, através do seu *empowerment*, a adaptar-se a determinada condição de doença, em função dos processos complexos inerentes, neste caso à SCA (OE, 2001).

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC com SCA, requer uma intervenção especializada “na procura permanente da excelência no exercício profissional. O enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p.17241). Para além de procurar prevenir complicações para a saúde da PSC, o enfermeiro especialista “maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p.17242), promovendo,

juntamente com a pessoa, processos eficazes de adaptação à sua situação de doença, assegurando uma vigilância contínua com a máxima eficiência e eficácia na priorização dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na função de diagnóstico e vigilância, na deteção e determinação de mudanças significativas, bem como na antecipação dos problemas e necessidades da pessoa com SCA (Benner, 2001). Ao intervir desta forma, o enfermeiro evita o agravamento do estado da pessoa, mantendo a avaliação do potencial de cura e das respostas às diferentes estratégias de tratamento implementadas, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença (Benner, 2001). De salientar, que é o enfermeiro perito que tem a capacidade de manter uma vigilância ativa, estar alerta e identificar a sintomatologia típica e atípica da pessoa com SCA, diligenciando a realização de ECG de 12 derivações o mais rápido possível, para a identificação efetiva e devido encaminhamento, reduzindo o tempo para o tratamento definitivo, diminuindo assim a lesão isquémica cardíaca e a morbimortalidade da pessoa.

A vigilância de Meyer e Lavin (2005), como a essência da Enfermagem, e a função de diagnóstico e vigilância de Benner (2001), são inerentes ao cuidar em Enfermagem, que garantem, por si só, a prestação de cuidados seguros. Estes cuidados estão assentes na melhoria contínua, com evidentes benefícios no *outcome* da pessoa, especificamente da pessoa em situação crítica com SCA, na antecipação de potenciais problemas e na procura de melhores resultados, avaliando o potencial de cura.

A vigilância profissional de Enfermagem tem por base o conhecimento e a experiência do enfermeiro, sendo que é esta experiência que determina a atenção/identificação de sinais e pistas clínicas significativas, para a avaliação dos riscos inerentes a uma determinada situação, conduzindo a intervenções de enfermagem adequadas e eficientes no sentido de diminuir os riscos e responder de forma eficaz à possível ameaça (Meyer & Lavin, 2005). Neste sentido, Meyer e Lavin (2005) definem o papel do enfermeiro como fundamental na prestação de cuidados, em que a observação é um elemento vital da sua prática, baseada no seu conhecimento prévio, na atenção e interesse. Com base no referido anteriormente, a vigilância evidencia-se como essencial no contexto da pessoa com SCA, devendo o enfermeiro estar alerta para os vários sinais e sintomas, de modo a antecipar eventuais problemas.

Segundo Meyer e Lavin (2005), o conhecimento profissional, a vigilância e a comunicação terapêutica são atributos do enfermeiro, que melhoram a qualidade dos cuidados prestados e a segurança da pessoa alvo dos cuidados. De acordo com as mesmas autoras, a ação do enfermeiro é uma ação informada, que se baseia em cinco aspetos fulcrais, sendo eles a **atribuição de significado**, a **antecipação do que pode acontecer**, o **cálculo do risco**, a **prontidão para agir**, de forma adequada e eficiente em todo o processo, e a **monitorização dos resultados/outcomes**.

A **atribuição de significado** é um elemento básico da prestação de cuidados de enfermagem, reportando-se ao modo como o enfermeiro atribui significado ao que avalia, ao que observa, ouve e sente, de acordo com a sua experiência anterior e a sua formação, valorizando o que deve ser valorizado (Meyer & Lavin, 2005).

Na **antecipação do que pode acontecer**, Meyer e Lavin (2005) afirmam que, ao atribuir significado ao que está a acontecer e através da observação e avaliação contínua, o enfermeiro tem a capacidade de perceber o que vai acontecer e, assim, antecipar em tempo útil eventuais problemas. Antecipar o que pode acontecer é, então, outro componente fundamental da vigilância, para onde são mobilizados todos os conhecimentos do enfermeiro, o qual analisa as informações colhidas para intervir de forma adequada (Meyer & Lavin, 2005).

O **cálculo do risco**, por sua vez, diz respeito à capacidade do enfermeiro em compreender o risco inerente a determinada ação, avaliando os riscos e benefícios, de forma a maximizar os resultados pretendidos, minimizando os eventuais problemas (Meyer & Lavin, 2005).

A **prontidão para agir** refere-se ao estado de alerta do enfermeiro perante as diferentes situações (Meyer & Lavin). É a aptidão que o mesmo tem para mobilizar os seus conhecimentos e agir no momento certo, priorizando as suas intervenções de modo a dar resposta às necessidades da pessoa, decorrentes da sua vigilância (Meyer & Lavin, 2005).

A **monitorização dos resultados/outcomes** é o último componente da vigilância, essencial na prestação de cuidados de enfermagem (Meyer & Lavin, 2005). O enfermeiro monitoriza e avalia a eficácia das suas intervenções e, através do seu julgamento clínico, percebe se as mesmas tiveram, ou não, os resultados esperados, adaptando as suas intervenções de forma contínua, para obter melhores *outcomes* para a pessoa em determinada situação (Meyer & Lavin, 2005).

A vigilância representa o trabalho mental do enfermeiro, constituindo-se como um pré-requisito para a ação informada, onde o enfermeiro deve ser capaz de nomear

o que vigia, descrever e comunicar de forma eficaz, como se se tratasse de um processo intuitivo e automático, minimizando eventuais riscos e potenciando o máximo bem-estar da pessoa (Meyer & Lavin, 2005). Segundo as mesmas autoras é através desta ação informada que a vigilância, como a essência de Enfermagem, ganha significado.

Benner (2001) salienta a importância da função de diagnóstico e vigilância, enquanto intervenção inerente à prática de Enfermagem, que se foi desenvolvendo ao longo dos anos, à medida que a variedade de doenças e a complexidade dos tratamentos foi aumentando, com a necessidade acrescida de vigilância para a prestação de cuidados seguros. Segundo a fonte supracitada, numa fase inicial do seu desenvolvimento profissional, o enfermeiro pode não entender diretamente a preponderância da vigilância e, apesar de estar alerta para alguns sinais, não os valoriza. No entanto, com a experiência e consequente aquisição de competências, Benner (2001) realça que esses sinais de alerta passam a tomar sentido, tornando-se fundamentais na deteção precoce de eventuais problemas da pessoa alvo dos cuidados.

De acordo com a mesma autora, a função de diagnóstico e vigilância abrange cinco dimensões fulcrais na prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente **detetar e determinar mudanças significativas do estado da pessoa** o mais rápido possível, **fornecer um sinal de alarme precoce**, para **antecipar** eventuais **problemas e antecipar as necessidades da pessoa, avaliando sempre o potencial de cura e de resposta às diferentes estratégias de tratamento** adotadas (Benner, 2001).

Habitualmente, é o enfermeiro que **deteta e determina as mudanças significativas do estado da pessoa**, como por exemplo quando avalia os sinais vitais e colhe determinados dados enquanto observa a pessoa (Benner, 2001). Contudo, para que esta avaliação seja competente, o enfermeiro deve aprender, com as diferentes situações vivenciadas, a dominar a arte de reconhecer, de descrever e de apresentar os dados, assim como as mudanças observadas de forma objetiva, convicta e precisa (Benner, 2001).

Ao detetar uma alteração, Benner (2001) enfatiza que é importante que o enfermeiro **forneça um sinal de alarme precoce e antecipe uma crise, uma deterioração do estado do doente, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico**. É da responsabilidade do enfermeiro alertar o médico para as alterações subtis da aparência ou do comportamento observadas na pessoa, prevenindo o

agravamento do seu estado clínico e fazendo a diferença na sua recuperação e, consequentemente, no seu *outcome*. (Benner, 2001).

Na prestação de cuidados, o enfermeiro perito consegue **antecipar os problemas e pensar no futuro**, uma vez que reflete sobre o futuro da pessoa doente, antecipando os problemas que poderão surgir e o que poderá fazer para os resolver (Benner, 2001). O enfermeiro perito baseia-se em inúmeras situações de prestação de cuidados passadas, para se apoiar na resolução das suas dúvidas e preocupações, permitindo antecipar o que pode acontecer com base nos antecedentes, no estado atual da pessoa e no contexto em que está inserida (Benner, 2001). O enfermeiro perito valoriza a importância da transmissão de informação, permitindo a continuidade dos cuidados e o planeamento do que se vai passar (Benner, 2001).

No que se refere à **compreensão dos pedidos e dos comportamentos típicos de uma doença, antecipando as necessidades da pessoa doente**, o enfermeiro perito identifica as necessidades da pessoa doente em particular, de acordo com os seus antecedentes pessoais, com as suas preferências e com o seu estado de doença atual, desenvolvendo intervenções personalizadas e direcionadas a cada pessoa em particular (Benner, 2001).

Por último, Benner (2001) salienta que o enfermeiro perito deve **avaliar o potencial de cura da pessoa doente e responder às diversas estratégias de tratamento**, através de uma avaliação realista, baseada nas potencialidades de cada pessoa com vista ao seu bem-estar e, deste modo, definir objetivos e estratégias de tratamento. Todos os membros da equipa multidisciplinar têm a responsabilidade de partilhar a sua opinião em relação à pessoa alvo dos cuidados, percebendo os desejos da mesma em se curar e a resposta às estratégias de tratamento propostas para, desta forma, garantir que determinada intervenção é eficaz, ou se é necessária uma reavaliação e realizar uma nova intervenção (Benner, 2001).

Não âmbito da PSC com SCA, a vigilância é imprescindível, devendo ser concretizada de forma intencional e consciente, possibilitando ao enfermeiro detetar atempadamente possíveis erros ou o agravamento do estado clínico da pessoa, respondendo às suas necessidades em tempo útil para obtenção dos melhores *outcomes* (Henneman, Gawlinski & Giuliano, 2012). Consequentemente, é indispensável que o enfermeiro desenvolva os seus conhecimentos e os mantenha atualizados à luz da mais recente evidência científica.

Com o objetivo de realizar uma síntese sobre o conhecimento científico disponível com a incorporação de estudos significativos para a prática de

Enfermagem, foi desenvolvida uma RIL acerca da intervenção especializada do Enfermeiro na vigilância da Pessoa com SCA na melhoria do seu *outcome*, com base num protocolo de RIL previamente desenvolvido (Apêndice I).

A RIL abrange diferentes fontes de conhecimento, decorrente de estudos qualitativos ou quantitativos, o que possibilita uma percepção e visão mais ampla da problemática de interesse, fornecendo bases e saberes para uma prática de cuidados baseada na evidência (Whittemore & Knaf, 2005).

Os principais resultados da RIL, revelam que as *guidelines* para a abordagem à pessoa com SCA, baseadas na melhor evidência, estão em constante atualização, à medida que novos tratamentos ficam disponíveis. Torna-se, por isso, imprescindível que os enfermeiros estejam ao corrente das *guidelines* mais recentes, para prestar cuidados baseados na melhor e mais recente evidência científica. Esta postura contribui para diminuir o tempo de tratamento, otimizando os resultados com melhores *outcomes* para a pessoa com SCA (Bobadilla, 2016).

Segundo Frisch et al. (2020), o enfermeiro é, habitualmente, o primeiro profissional de saúde que avalia a pessoa quando esta recorre ao SU, decidindo, de acordo com o seu julgamento profissional, se necessita, ou não, de cuidados imediatos. É o enfermeiro, no momento da triagem, que avalia e identifica as condições fisiológicas da pessoa que a possam colocar em risco de vida, devendo priorizar a situação quando existe risco significativo de morbilidade ou mortalidade (Frisch et al., 2020).

Bobadilla (2016) reforça que os enfermeiros têm um papel essencial no processo de decisão clínica. A sua vigilância contínua e capacidade de interpretação dos sinais vitais, resultados de exames laboratoriais e traçados eletrocardiográficos, permite agilizar o processo de triagem e colaborar, de forma determinante, a selecionar a pessoa com SCA que necessita de cuidados imediatos e transferência para a UCI de Cardiologia, reduzindo assim o tempo até ao tratamento definitivo, um aspeto crítico no prognóstico da pessoa com SCA (Bobadilla, 2016).

Deste modo, a utilização dos resultados da RIL contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências aquando da prestação de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos de estágio, permitindo-me prestar cuidados baseados na experiência clínica e na mais recente evidência científica.

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo contempla a análise crítico-reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas durante a realização do estágio, em contexto do SU e UCIC. No projeto previamente desenvolvido, foram estabelecidos objetivos e planeadas atividades, de modo a atingir as competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista, de acordo, com os objetivos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica da ESEL (2010) e o Artigo 16º do Decreto-Lei n.º 65/2018, as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e, mais especificamente, do Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018) da OE, descritas em Diário da República, explorando a intervenção especializada do enfermeiro na vigilância da pessoa com SCA, na melhoria do seu *outcome*.

De referir, que este projeto de estágio foi realizado *à priori*, com o intuito de orientar e facilitar todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, tendo sido discutido com o Professor Orientador e o Enfermeiro Orientador em cada um dos contextos de estágio. A seleção destes contextos esteve diretamente relacionada com a necessidade de dar resposta ao projeto efetuado, numa lógica de adequação e pertinência ao tema em estudo, por serem dois serviços hospitalares de referência na área da cardiologia. Os estágios clínicos envolvem um processo de construção de saber, o qual integra um saber profissional e um saber situacionalmente contextualizado, construído através da vivência profissional, de saberes disciplinares e de saberes experienciais transmitidos por outros profissionais experientes, com os quais se convive (Alarcão & Rua, 2005).

Neste sentido e segundo Benner (2001), para a evolução da Enfermagem, como ciência, e para o desenvolvimento de competências, enquanto profissional, é essencial o conhecimento baseado na experiência. Por conseguinte, outra condição para a aquisição de competências, passa por prestar cuidados nos diferentes contextos acima identificados, baseando sempre a prestação de cuidados na mais recente evidência científica, promovendo o raciocínio crítico e julgamento clínico, desenvolvendo assim, de forma contínua e consistente, perícia na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com SCA.

No modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem por Benner (2001), o enfermeiro desenvolve as suas competências de acordo com a experiência adquirida aquando da prestação de cuidados, descrito em cinco níveis de desenvolvimento - iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O nível de perito refere-se ao enfermeiro que tem o domínio intuitivo da situação e é capaz de identificar a fonte do problema, sem deixar para trás uma série de diagnósticos e alternativas, tendo a capacidade de reconhecer padrões com base nas experiências passadas (Benner, 2001). No presente percurso formativo, foi este o nível que me propus atingir na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com SCA.

Deste modo, defini como objetivo geral “Desenvolver competências especializadas na vigilância da Pessoa em Situação Crítica com SCA e sua família” e, como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com SCA, com especial foco na vigilância, otimizando o seu percurso desde a entrada no Serviço de Urgência e/ou Laboratório de Hemodinâmica até à Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia;
- Cuidar a pessoa com SCA e sua família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica;
- Otimizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica com SCA, face à sua complexidade e necessidade de respostas adequadas e em tempo útil;
- Demonstrar capacidade de reflexão e integração de conhecimentos, selecionando fontes de informação relevantes que permitam lidar com situações complexas, desenvolvendo a capacidade de compreensão e de resolução de problemas.

Este capítulo surge intencionalmente organizado numa perspetiva de continuidade, de acordo com o percurso habitual da pessoa com SCA, começando por referir as experiências vividas na abordagem à PSC, em especial na pessoa com SCA, no SU e, seguidamente, na UCIC, como se de um *continuum* crescente de complexidade se tratasse. E assoma-se deste modo, apesar de cronologicamente ter efetuado o primeiro estágio em contexto de UCIC e posteriormente no SU, com base na minha experiência profissional enquanto enfermeira num SU, entendendo que a pessoa com SCA, que entra no SU, vai obrigatoriamente para a UCIC, bem como

aquela que entra diretamente no laboratório de hemodinâmica, nunca regressando em nenhum momento, se tudo decorrer dentro da normalidade, ao SU.

Relativamente aos diferentes objetivos, refiro as atividades realizadas em cada contexto de estágio respetivamente, descrevendo e analisando as mesmas, tendo por base o pensamento crítico-reflexivo, a evidência científica e o referencial teórico de Enfermagem, evidenciando o processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Procuro revelar o crescimento pessoal e profissional ocorrido, através da harmonização entre o conhecimento teórico, a integração de novos quadros conceptuais e a *práxis* no âmbito da PSC.

O estágio decorreu no período de 18 de outubro de 2021 a 28 de fevereiro de 2022, num total de 500 horas, de acordo com o cronograma que se encontra no apêndice II.

O Hospital onde realizei o estágio de Serviço de Urgência está integrado num Centro Hospitalar inserido na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, abrangendo uma grande área de influência direta e indireta.

O Serviço em causa é um Serviço de Urgência Polivalente (Despacho nº 10319/2014, 2014; Despacho nº 13427/2015, 2015), sendo um centro de referência a nível do trauma, quer na idade adulta quer pediátrica, assim como a nível da cardiologia e a nível cerebrovascular. Integra, igualmente, uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), conforme o Despacho nº 5561/2014 (2014). O Serviço de Urgência Polivalente dá resposta à Via Verde Coronária, Via Verde Acidente Vascular Cerebral, Via Verde Trauma e Via Verde Sépsis (Despacho nº 10319/2014, 2014; Direção-Geral da Saúde, 2018), as quais podem ser ativadas por referência interna ou por referência externa.

O SU recebe um elevado número de doentes, disponibilizando, 24 horas por dia, as especialidades de ortopedia, cirurgia geral, medicina interna, medicina intensiva, neurologia, cardiologia, cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica reconstrutiva, cirurgia maxilo-facial, neurocirurgia, cirurgia vascular e patologia clínica, o que determina a prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados. Igualmente, assegura as especialidades de oftalmologia, otorrinolaringologia e neurorradiologia de intervenção, de acordo com uma escala prévia.

A equipa de enfermagem é constituída por 114 enfermeiros, subdivididos em cinco equipas, cada uma delas com 23 elementos, sendo um o chefe de equipa, o qual é coadjuvado por, pelo menos, quatro enfermeiros de referência, evidenciando os enfermeiros com mais experiência. A gestão do Serviço é assegurada pelo

Enfermeiro Chefe, que conta com a colaboração de um enfermeiro designado por “segundo elemento”. É da sua responsabilidade gerir e administrar todos os recursos materiais e humanos (incluindo quem gere os cuidados diariamente). Destes 120 enfermeiros, 17 são Enfermeiros Especialistas (em PSC, médico-cirúrgica e reabilitação).

Com a pandemia COVID-19, o Serviço passou a ser constituído por três grandes áreas - a área COVID-19, para os doentes com sintomatologia respiratória suspeita ou confirmada da infeção pelo vírus SARS-CoV-2, a área de doentes em ambulatório e a área de doentes que necessitam de vigilância contínua, designada por Sala de Observação (SO), e que aguardam indicação para internamento ou não. A gestão de vagas nos diferentes setores constitui um desafio contínuo, pelo que, em todos os turnos, o enfermeiro chefe de equipa conta com a colaboração de mais dois enfermeiros, um para a área COVID-19 e outro para a SO, que articulam entre si toda a informação pertinente.

A zona COVID-19 é constituída por 50 áreas individualizadas, com capacidade para 50 doentes, sendo dez dessas áreas quartos individuais para isolamento, com possibilidade de realizar ventilação não invasiva. Existe também uma sala de reanimação, com capacidade para um doente, e uma sala designada de pré-triagem, que engloba a triagem, e 6 áreas individualizadas, onde o enfermeiro, avalia cada pessoa, percebendo se esta reúne critérios (se necessita de realizar tratamento, ou ficar em vigilância) para entrar na área COVID-19 e toma a decisão de encaminhamento. Esta área possui ainda uma sala de imagiologia, onde podem ser efetuadas radiografias e tomografias axiais computadorizadas (TAC). No que concerne à gestão de cuidados, devido ao presente défice do número de enfermeiros e de forma a assegurar a qualidade e segurança dos cuidados, esta área tem, de momento, disponibilidade para receber apenas 25 doentes.

A área de ambulatório encontra-se dividida em vários setores. A triagem, com três postos, constituiu habitualmente “a porta de entrada” para o SU, onde é efetuada a primeira avaliação da pessoa. De acordo com a queixa e grau de severidade, é atribuída uma prioridade, utilizando o Sistema de Triagem de Manchester, podendo ir do branco (sem qualquer tipo de queixa, com acordo prévio com o médico), azul (não urgente), verde (pouco urgente), amarelo (urgente), laranja (muito urgente) até ao vermelho (emergente) (DGS, 2018; Grupo Português de Triagem, 2011), o que determina o tempo de espera recomendado para o atendimento.

Esta área possui duas salas de reanimação, uma de maiores dimensões com capacidade para receber dois doentes em simultâneo, quer sejam do foro traumatológico, cirúrgico ou médico, e uma sala mais pequena, com capacidade para receber um doente, também ele do foro traumatológico, cirúrgico ou médico. Frequentemente, esta sala é utilizada quando existe necessidade de manter precauções de isolamento (de contacto, gotícula ou protetor).

A área de ambulatório integra, ainda, três setores de acordo com a prioridade atribuída, respetivamente, um setor para pessoas com prioridade laranja, amarela e verde/azul. Existe ainda o setor de cirurgia, pequena cirurgia, ortopedia e urgência psiquiátrica. Cada um destes setores é composto por gabinetes médicos, salas de tratamento de enfermagem e as respetivas salas de espera. No que diz respeito à urgência de oftalmologia e otorrinolaringologia, neste momento encontram-se a funcionar em pisos diferentes, recaindo a sua organização sob a responsabilidade dos serviços de internamento das respetivas especialidades.

Por último, a área de SO é um setor de internamento de curta duração, com capacidade para receber 16 doentes com necessidade de vigilância e monitorização, possuindo uma equipa de enfermagem e médica permanentemente.

Este SU com vista ao aumento da qualidade organizacional, tem implementado, quer com referenciação interna, quer com referenciação externa, as vias verdes para referenciação interna imediata, estando aqui incluídas a via verde coronária, via verde sépsis, via verde trauma e via verde de acidente vascular cerebral (DGS, 2018).

O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, decorreu num dos Hospitais de referência a nível nacional na área da cardiologia. Esta Unidade está preparada para admitir doentes com qualquer patologia do foro cardíaco, em situação eletiva, de urgência ou emergência. A admissão é realizada através da Consulta Externa, Atendimento a Utentes não Programados, Unidade de Intervenção Cardiovascular, transferência de outros serviços do mesmo Centro Hospitalar ou de outras instituições de saúde de todo o país.

A unidade encontra-se subdividida em duas salas, uma com seis camas e outra com duas. A primeira, com capacidade para receber seis doentes, tem um quarto isolado das restantes cinco camas. Cada unidade é composta por um monitor, com capacidade para monitorização não invasiva e invasiva, monitorização eletrocardiográfica, uma rampa de oxigénio, de vácuo e de ar comprimido, bem como material diverso e de fácil acesso para situações de urgência.

Esta sala é composta por uma bancada de trabalho com três monitores de telemetria e três computadores para utilização da equipa de enfermagem e médica, tornando o registo e a consulta da informação dos doentes um processo ágil. Dos três monitores de telemetria existentes, dois destinam-se a monitorizar os doentes internados na enfermaria do Serviço de Cardiologia, a qual fica contígua à UCIC, e que necessitam deste tipo de vigilância. O terceiro monitor fornece informação sobre os doentes da UCIC, permitindo um acesso fácil aos parâmetros vitais e ECG dos doentes internados no Serviço. Existe ainda disponível um carro de emergência com desfibrilhador.

A segunda sala, constituída por duas camas, encontra-se equipada com os mesmos recursos mencionados anteriormente. Tendo em consideração a presente pandemia, os doentes que são admitidos em contexto de urgência e que ainda não têm o resultado do teste para despiste de COVID-19, permanecem nesta sala sob monitorização e vigilância.

A Unidade tem disponível a tecnologia *gricode* (sistema de segurança transfusional), quatro equipamentos de ventilação invasiva, dois computadores para avaliação do débito cardíaco, um dispositivo para avaliação de APTT, uma máquina de gasimetria, um equipamento para efetuar hemodiafiltração venosa contínua, um eletrocardiógrafo e um ecógrafo.

Na Unidade, a equipa de enfermagem é composta, habitualmente, por cinco enfermeiros por turno. Um dos enfermeiros, nesta situação particular da pandemia, fica responsável por receber os doentes em contexto de urgência, trazidos diretamente do contexto pré-hospitalar acompanhados por VMER ou por ambulância SIV, e que não possuem o resultado do teste para despiste da COVID-19. Em cada turno, pelo menos um dos enfermeiros é especialista ou perito na abordagem ao doente com patologia cardíaca. O rácio enfermeiro/doente é calculado habitualmente de acordo com o estado clínico de cada doente e com as necessidades de cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 533/2014, 2014). Deste modo, cada enfermeiro pode ficar responsável por um, dois, ou três doentes, existindo a preocupação em garantir cuidados de enfermagem de qualidade, privilegiando a excelência, a satisfação, a prevenção de complicações e o autocuidado. Esta distribuição é feita por um enfermeiro perito, o qual é o responsável de turno. A Unidade conta ainda com dois médicos cardiologistas em permanência, sendo um deles especialista e intensivista.

De assinalar, que as Unidades de Cuidados Intensivos são locais altamente qualificados, com a finalidade de dar resposta integral às necessidades de doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (Despacho nº4320/2013, 2013).

Em relação às Unidades Coronárias, estas têm evoluído para Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos, pelas necessidades cada vez mais diferenciadas dos doentes com patologia cardiovascular, progressivamente mais complexas (Monteiro, et al., 2020). As Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos, caracterizam-se por oferecerem cuidados altamente diferenciados ao doente crítico do foro cardíaco, necessitando, para isso, de equipas cada vez mais diferenciadas e com formação na área, de modo a que sejam assegurados cuidados de excelência a todos os doentes cardíacos em situação crítica (Monteiro, et al., 2020).

Ao longo da realização de ambos os contextos de estágio, através do conhecimento da estrutura física e dinâmica dos serviços, fui interiorizando a metodologia de trabalho das equipas e o funcionamento dos serviços. Este processo foi essencial para a minha integração, de forma progressiva, no seio da equipa de enfermagem e, conseqüentemente, dentro da equipa multidisciplinar, o que facilitou o meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências, enquanto mestre e especialista.

A minha prestação de cuidados, em ambos os contextos, teve por base a evidência científica, integrando também os resultados da RIL, assim como o referencial teórico de enfermagem que escolhi, o que sustentou o meu raciocínio crítico e julgamento clínico. Deste modo, fui desenvolvendo continuamente perícia na prestação de cuidados à PSC, em especial com SCA, sob a orientação dos enfermeiros orientadores e da Professora tutora.

Durante a realização do estágio no SU, prestei cuidados à PSC essencialmente na sala de reanimação, tendo também tido oportunidade de passar na SO e na área COVID-19. Tive ainda a possibilidade de realizar dois turnos em que acompanhei o Enfermeiro Orientador, enquanto chefe de equipa, permitiram-me tomar consciência do papel preponderante do mesmo na liderança da equipa e na gestão dos cuidados em termos globais do SU. Não obstante estar familiarizada com a dinâmica de um SU, esta experiência revelou-se verdadeiramente desafiante, dada a grande dimensão do serviço e a elevada afluência de utentes. A preocupação com a qualidade dos cuidados e em otimizar a resposta da equipe face à situação dos utentes, foram objeto de reflexão com o enfermeiro orientador, evidenciando-se como indispensável a ajuda

dos colaboradores diretos do chefe de equipa, para gerir esta problemática (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Na UCIC, prestei cuidados à PSC, em particular com SCA, e tive a oportunidade de efetuar um turno de observação no Serviço de Hemodinâmica desse mesmo Hospital, o que constituiu uma experiência integradora do circuito efetuado pelo doente com EAM. Na realização de cateterismo cardíaco/coronariografia de diagnóstico ou na intervenção coronária percutânea, que tive ocasião de assistir, foi possível reconhecer a importância do papel do enfermeiro na vigilância destes doentes.

De referir que, em ambos os contextos, houve uma discussão prévia com cada um dos enfermeiros orientadores, no sentido de aferir a sequência das experiências de aprendizagem, que permitissem o progressivo desenvolvimento da minha perícia na prestação de cuidados de enfermagem, com especial foco na vigilância da PSC e, em particular, na pessoa com SCA, tendo em conta a minha experiência prévia na área da PSC em contexto de SU.

Em seguida, procederei ao desenvolvimento dos objetivos específicos, referindo as atividades realizadas para os atingir em cada um dos locais de estágio, evidenciando o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem na área da PSC.

Objetivos específicos:

- **Aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com SCA, com especial foco na vigilância, otimizando o seu percurso desde a entrada no Serviço de Urgência e/ou Laboratório de Hemodinâmica até à Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia.**
- **Cuidar da pessoa com SCA e sua família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica.**

A PSC caracteriza-se por um elevado risco de instabilidade hemodinâmica, com necessidade de monitorização e vigilância contínuas, carecendo de cuidados de enfermagem diferenciados para a deteção e antecipação de eventuais problemas, bem como para uma resposta imediata que mantenha as funções vitais, sempre com vista à recuperação total (*Regulamento nº 429/2018, 2018*). Nesta perspetiva, a prestação de cuidados à PSC exige do enfermeiro conhecimentos abrangentes, que sustentem a capacidade de vigiar, detetar e antecipar possíveis problemas, tendo por

base os diferentes sinais e sintomas observados e avaliados, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, interpessoal e de ajuda (Meyer & Lavin, 2005).

Ao longo deste percurso, aprofundei conhecimentos através da pesquisa bibliográfica, da pesquisa de artigos científicos relativos às problemáticas dos doentes que cuidei, apoiada nos resultados da RIL e na partilha de saberes com enfermeiros peritos dos serviços, incorporando esta evidência na minha prática clínica. Este processo contribuiu para uma prestação de cuidados de enfermagem sustentados na evidência científica, prestados de forma segura e competente, direcionados à pessoa e à sua família.

Igualmente, tive a possibilidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos nas diferentes formações frequentadas, em particular no Curso de Suporte Avançado de Vida (anexo I); no Curso de Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma (anexo II); nas 1^{as} Jornadas de Cardiopneumologia na Urgência (anexo III), desenvolvendo a interpretação do eletrocardiograma; na formação “Abordagem Urgente ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio” (anexo IV), focalizada na intervenção especializada do enfermeiro ao doente com EAM, em articulação com a equipa multidisciplinar, desde a sua deteção até ao tratamento definitivo; no *webinar* “Formação, Investigação e Exercício Profissional” (anexo V), com ênfase na importância da formação e da investigação para uma prestação de cuidados de excelência e crescimento da Enfermagem, enquanto ciência e profissão; e no 1º Congresso Internacional - “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade” (anexo VI), demonstrando a importância da prestação de cuidados seguros e de qualidade, centrados no doente e sua família. As diferentes formações constituíram uma mais-valia, que não posso deixar de sublinhar, que ampliaram substancialmente as minhas competências no cuidado ao doente crítico.

Durante o estágio, quer no SU quer na UCIC, foi possível observar a prestação de cuidados realizada pelos enfermeiros peritos à PSC com diferentes problemáticas, especificamente com SCA, e colaborar na prestação de cuidados, compreendendo as estratégias adotadas pelos mesmos e pela equipa multidisciplinar na tomada de decisão, desde o momento da admissão até ao momento da transferência para a enfermaria. Nesse sentido, houve a preocupação em apreender a dinâmica e a metodologia de trabalho existente, de modo a poder gerir e organizar a prestação de cuidados, de acordo com os métodos de trabalho existentes, sempre adequados e direcionados à PSC.

No decorrer do estágio no SU, procurei continuamente prestar cuidados especializados à PSC, quer nas salas de reanimação, quer na área COVID-19, quer ainda na SO, diversificando assim as experiências de aprendizagem. Na prestação de cuidados, foi minha preocupação não descurar a importância da atenção à família da pessoa que se encontra a vivenciar uma situação de urgência/emergência. A PSC e a sua família estão sujeitas a processos de transição de saúde-doença e situacionais, nas quais o enfermeiro desempenha um papel fundamental, enquanto elemento facilitador deste processo (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

No SU, foi fundamental diligenciar uma vigilância contínua, estando permanentemente desperta para o estado clínico da PSC e para a ocorrência de eventuais situações que pudessem colocar a vida em risco, o que foi particularmente relevante no cuidado à PSC com SCA, em choque cardiogénico, com intoxicação medicamentosa voluntária, com hemorragia digestiva alta e baixa, em falência multiorgânica e, também, na manutenção hemodinâmica da pessoa em morte cerebral para doação de órgãos, entre outras situações. Destaco, igualmente, as aprendizagens significativas decorrentes das situações de doentes críticos em que foram ativadas as Vias Verdes - Via Verde Coronária, Via Verde Trauma, Via Verde Sépsis e Via Verde AVC (DGS, 2018).

O estágio confirmou que o SU é, na maioria das situações, a “porta de entrada” para a pessoa com dor torácica, a qual pode traduzir SCA. É o enfermeiro que estabelece o primeiro contato, efetua a primeira avaliação e decide a prioridade da situação da pessoa, de acordo com a sua gravidade, para o devido encaminhamento e tratamento o mais precoce possível (Frisch et al., 2020), ativando a VVC.

Nesta ótica, de forma a contribuir para o desenvolvimento de novas competências e para a sensibilização de toda a equipa de enfermagem, por ter na sua constituição bastantes enfermeiros recém-licenciados, tive oportunidade de estruturar e apresentar uma formação acerca da importância da VVC na pessoa com SCA com supra de ST. A formação procurou despertar a equipa para a importância, não apenas da implementação da VVC, com valorização da sintomatologia típica e atípica, mas também para a necessidade da auditoria permanente do processo, de forma a identificar aspetos a aperfeiçoar, porque todos os segundos contam para a melhoria dos *outcomes* da pessoa com SCA.

A formação foi realizada em modo assíncrono, tendo sido disponibilizado o seu acesso a toda a equipa. Inclusivamente, ficou prevista a sua disponibilização aos novos elementos que, no futuro, possam vir a integrar a equipa de enfermagem. A

realização desta ação permitiu reforçar a convicção da importância da formação e investigação, como elementos fundamentais para o crescimento da Enfermagem, enquanto ciência e profissão. Constituem, sem dúvida, os pilares que permitirão ao enfermeiro prestar cuidados de excelência, cabendo ao enfermeiro especialista assumir um papel ativo na disseminação do conhecimento, assim como na dinamização da equipa (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo da prática clínica, foram vários os momentos de aprendizagem informal que surgiram com o enfermeiro orientador e no seio da equipa, possibilitando a reflexão e a partilha de conhecimentos e experiências, contribuindo para a aquisição de novas competências. Neste sentido, em numerosas situações foi possível a prestação de cuidados à PSC com SCA, o que permitiu o aprimorar de competências.

A vigilância da pessoa com SCA constitui-se como algo fundamental e imprescindível, já que, a qualquer momento, pode agravar a sua condição fisiológica. Destaco a situação em que prestei cuidados a uma pessoa que recorreu ao SU por quadro de dor torácica na região retroesternal, com irradiação para a mandíbula e membro superior esquerdo, com cerca de uma hora de evolução. A triagem foi realizada de imediato, através do programa ALERT, utilizando o sistema de triagem de Manchester, e ativada a VVC, sendo a pessoa de imediato encaminhada para a Sala de Reanimação (SR). Tratava-se de um senhor de 54 anos de idade, com fatores de risco cardiovascular, nomeadamente HTA, dislipidemia e tabagismo.

Na SR foi mantida a vigilância do doente, através da monitorização dos sinais vitais, do traçado cardíaco, saturação periférica de oxigénio e glicémia capilar. Foram colocados dois acessos venosos periféricos no membro superior esquerdo, deixando acessível o lado direito para a realização previsível de cateterismo cardíaco, colhido sangue para análises, destacando-se os marcadores cardíacos, para além de realizada a zaragatoa para pesquisa de SARS-CoV2 exigida na atualidade. O ECG de 12 derivações, realizado nos primeiros 10 minutos, revelou supradesnivelamento do segmento ST em três derivações contíguas. O diagnóstico de EAMc/SST efetuado determinou a administração de terapêutica antiagregante plaquetária (AAS 250 mg PO) e anticoagulante em *bolus* (Heparina 5000 unidades EV), tendo a dor sido controlada com a administração de um opiáceo (Morfina 2 mg EV). Não obstante observar-se estabilidade hemodinâmica, foram aplicados elétrodo multifunções, facilitando a rápida intervenção em caso de instabilidade elétrica que pudesse colocar a vida da pessoa em risco. De referir, que foi sempre explicado ao doente o que se

estava a passar e o que iria ser feito, tendo, nas diversas intervenções aqui elencadas, obtido o seu consentimento prévio.

Após a médica cardiologista ter explicado ao doente a necessidade ser submetido a um cateterismo cardíaco e possível angioplastia coronária, foi minha preocupação validar a compreensão da mensagem recebida e esclarecer possíveis dúvidas. Igualmente, foi possibilitada a presença da esposa junto do doente, para explicar o contexto e os próximos passos que se seguiriam. Deste modo, tendo em conta o momento de grande incerteza e vulnerabilidade, foi dada resposta às necessidades de apoio e de informação manifestadas, tanto do doente como da esposa, sendo visível que ficaram mais descansados e tranquilos, o que foi expresso também nas suas palavras de agradecimento (Mendes, 2016).

Durante a transferência até à Sala de Hemodinâmica, assegurando a vigilância do doente, aproveitei o momento para confirmar a sua compreensão sobre o procedimento a que iria ser sujeito, esclarecer dúvidas, desmistificando eventuais mitos, através da escuta ativa, dando continuidade à relação terapêutica já iniciada.

Com base nesta situação, é facilmente perceptível a importância da vigilância da pessoa com SCA, bem como a necessidade de dinamizar a resposta em situações de emergência no mais curto período de tempo, desde a sua deteção até à implementação de intervenções, gerindo a administração de protocolos terapêuticos complexos. A vigilância emerge como a essência da Enfermagem, onde a observação se constitui como um elemento vital, em que o estado de alerta para os vários sinais e sintomas permite antecipar eventuais problemas (Meyer & Lavin, 2005). Neste sentido, evidencia-se, como referido por Sebastián et al. (2021), a importância da monitorização contínua dos parâmetros vitais e traçado cardíaco realizada ao doente, bem como a rápida acessibilidade a um desfibrilhador, pelo risco da ocorrência de arritmias fatais.

Como preconizado pelos autores supracitados, a possibilidade de realização do ECG nos primeiros 10 minutos permitiu iniciar a terapêutica farmacológica de reperfusão o mais rápido possível, quando identificado o SCAC/SST, bem como proceder ao controlo sintomático, tanto da dor como da ansiedade, de modo a diminuir a ativação simpática, a qual agrava a isquemia miocárdica. Estas medidas, assim como encaminhar o doente para o laboratório de hemodinâmica para ser submetido à ICP, concorreram para a obtenção dos melhores *outcomes* deste doente crítico (Sebastián et al., 2021).

Nesta situação em concreto, não foi administrado o antiagregante P2Y12 (Ticagrelor 180mg) na altura da realização do ECG, mas após a realização da coronariografia, quando se verificou que a lesão não era extensa e que, deste modo, não necessitaria de realizar CABG. Sebastián et al. (2021) alerta que o antiagregante pode ser administrado na altura de realização do ECG ou no laboratório de hemodinâmica, sendo que, neste último, com ganhos clínicos para o doente crítico, se a realização de angioplastia não fosse possível e necessitasse de ser submetido a CABG.

Na prestação de cuidados a este doente, realço ainda a preocupação com a gestão da dor. A dor torácica é, normalmente, um dos principais sintomas da pessoa com SCA (Frisch et al., 2020), tornando-se fulcral a avaliação e intervenção do enfermeiro no seu controlo (DGS, 2003). O doente tem o direito a um controlo da dor eficaz e, por sua vez, o enfermeiro tem a obrigação de a controlar (DGS, 2003; OE, 2008), através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, contribuindo para uma melhor estabilidade hemodinâmica (Urden, Stacy & Lough, 2014).

O momento experienciado tornou mais claro que a ação informada incorre na atribuição de significado, através do cálculo dos riscos para antecipar o que pode acontecer, demonstrando sempre prontidão para agir de forma adequada e eficiente, monitorizando os resultados obtidos da intervenção realizada (Meyer & Lavin, 2005). A prestação de cuidados ao doente crítico exige conhecimento profissional prévio, a vigilância e a comunicação terapêutica, os quais são atributos do enfermeiro inerentes ao cuidar, que melhoram a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa alvo desses cuidados (Meyer & Lavin, 2005).

As diversas situações vivenciadas em estágio evidenciaram, de forma inequívoca, a importância da ativação da VVC e a preponderância do fator “tempo”, na diferença que tem na resposta à pessoa com SCA, espelhando a rapidez e eficácia de uma atuação direcionada, em articulação com toda a equipa multidisciplinar, com ganhos para a pessoa (Prachanukool, Aramvanitch, Sawanyawisuth, & Sitthichanbuncha, 2016).

Relativamente à Via Verde AVC, tive oportunidade de prestar cuidados, na SR, a uma doente de 71 anos de idade, já referenciada pelo CODU, como VVAVC, por um quadro de disartria e diminuição da força do hemicorpo esquerdo, com cerca de uma hora de evolução. À chegada, foi recolhida informação da equipa pré-hospitalar e iniciada a avaliação ABCDE, assim como puncionado um acesso venoso periférico, colhido sangue para análises e realizada zaragatoa para pesquisa de SARS-CoV2. A

doente encontrava-se consciente, aparentemente orientada, demonstrando estar assustada com o que se estava a passar, pelo que foram sempre explicados os procedimentos a que ia ser sujeita e obtido o seu consentimento.

O resultado da Tomografia Axial Computorizada Crânio-encefálica (TAC CE) e da angio-TAC efetuadas em seguida, determinaram a indicação para realizar fibrinólise, a qual foi iniciada ainda no serviço de Imagiologia com Alteplase, de acordo com o protocolo instituído. De regresso à SR e durante a realização da fibrinólise, foi mantida a vigilância da doente, procurando atribuir significado a possíveis alterações hemodinâmicas que indicassem uma hemorragia, efeito não pretendido do tratamento, assim como monitorizar os resultados a nível neurológico, que se traduziram, nesta doente, numa completa recuperação dos défices sensitivos e motores.

Esta experiência consolidou o meu conhecimento sobre a Via Verde AVC e sobre a necessidade de uma intervenção rápida e articulada entre os diferentes profissionais de saúde, para a obtenção dos melhores resultados, quer em termos da diminuição da mortalidade quer da incapacidade do doente (DGS, 2017b). Fica evidente que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na vigilância do doente, desde a ativação da VVAVC na triagem até à instituição do tratamento, dado que a eficácia das terapêuticas de reperfusão são “tempo-dependentes” para o AVC isquémico, pelo que é essencial a redução dos tempos de deteção e tratamento (DGS, 2017b). Curiosamente, no estudo de Costa, Preto, Barreira, Mendes, Araújo e Novo (2020), a questão do tempo foi também a dificuldade mais referida pelos enfermeiros aquando da ativação da VVAVC, relacionada com o desconhecimento do tempo de início dos sintomas do doente. A necessidade de incrementar a educação para a saúde da população sobre os sinais de alerta do AVC, bem como sobre o processo a realizar para uma rápida notificação pré-hospitalar, são estratégias que podem minimizar este problema, com reflexo positivo na sobrevivência e qualidade de vida do doente (DGS, 2017b; Costa et al, 2020).

De entre as inúmeras experiências de aprendizagem, não posso deixar de salientar a que se refere à prestação de cuidados a um doente politraumatizado, em que foi ativada a Via Verde Trauma. Em Portugal, bem como em todo o mundo, o Trauma constitui uma importante causa de mortalidade e morbilidade, sendo essencial atuar numa fase precoce, de forma a diminuir as complicações e a mortalidade associada a essas mesmas complicações (DGS, 2010).

Neste seguimento, tive oportunidade de prestar cuidados a um senhor de 39 anos de idade, vítima de acidente de moto por colisão com um veículo ligeiro. O doente deu entrada diretamente na SR e, tendo em consideração a gravidade das lesões observadas - TCE, trauma da face, trauma toraco-abdominal, trauma do membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo, foi decidida a ativação da Via Verde Trauma, o que implicou a presença imediata, na SR, para uma avaliação multidisciplinar das equipas médicas de anestesiologia, de cirurgia geral e ortopedia.

A abordagem e intervenção inicial ao doente foi orientada pela sequência ABCDE, nomeadamente “A” – Via Aérea com imobilização da coluna cervical; “B” – Ventilação e oxigenação; “C” – Circulação (suporte cardiovascular), com controlo de hemorragia; “D” – Disfunção Neurológica; e “E” – Exposição evitando a hipotermia (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2018; DGS, 2010).

O doente encontrava-se polipneico e com SpO₂ de 93% em ar ambiente, pelo que foi administrado, de imediato, oxigénio por máscara de alta concentração, para SpO₂ de 98%, procurando-se minimizar o risco de acidose metabólica. A abordagem à via aérea, para manutenção de uma via aérea permeável, constituiu quer uma prioridade, quer um desafio. Dado o contexto do trauma, assume-se que o doente tem conteúdo gástrico, pelo que o risco de vômito ou aspiração durante a tentativa de entubação endotraqueal são significativos. Por outro lado, a técnica de entubação com a hiperextensão da cabeça não foi possível ser utilizada, pelo risco de agravamento de uma hipotética lesão neurológica. A equipa mobilizou-se, no sentido de operacionalizar a utilização do videolaringoscópio que permitiu a entubação sem intercorrências, tendo o doente sido conectado ao ventilador.

A avaliação contínua do doente revelou que se encontrava hipotenso e taquicárdico suspeitando-se de hemorragia interna, foram puncionados dois acessos venosos de grande calibre, colhido sangue para análises, tipagem e provas de coagulação/viscoelastecidade – ROTEM, assim como realizada zaragatoa para pesquisa de SARS-CoV2, só com amostra da orofaringe, dada a situação de TCE. O *fluid challenge* foi efectuado com recurso a cristaloides (250 ml em *bolus*), observando-se melhoria dos valores tensionais. O resultado de hemoglobina de 10g, levou à ativação do protocolo de transfusão maciça, de forma a prevenir o choque hemorrágico, tendo sido iniciada a administração de Ácido Tranexâmico 1g em *bolus*, seguido da perfusão de 1g em 50 mL, durante 8 horas. Decorrente da ativação deste protocolo, o serviço de sangue forneceu duas unidades de concentrado eritrocitário e fibrinogénio.

Na avaliação neurológica, foi observada alteração significativa do estado de consciência do doente, tendo sido obtida a pontuação de 10 na Escala de Coma de Glasgow (O-2; V-3; M-5). A avaliação pupilar revelou anisocoria, tendo a pupila do olho direito maior diâmetro do que a do olho esquerdo, embora estivessem ambas reativas à luz, manifestações significativas de lesão cerebral e consequente aumento da pressão intracraniana.

Após a observação céfalo-caudal realizada, prevenindo a hipotermia e garantindo a dignidade do doente, e perante o quadro traumatológico grave, foram agilizados os procedimentos que permitiram de imediato a realização de TAC CE, TAC da face, torácico, abdominal e pélvico, procurando identificar as lesões internas e os locais de sangramento ativo. Os exames realizados revelaram hematoma subdural, múltiplas fraturas de arcos costais com pneumotórax à esquerda, fratura do úmero e colo do fêmur esquerdo com indicação cirúrgica, assim como hemoperitонеu, também com indicação cirúrgica.

Dado o risco de vida eminente, o doente foi encaminhado diretamente do Serviço de Imagiologia para o Bloco Operatório, onde realizou, num primeiro tempo, cirurgia para controlo de danos (Edelmuth, Buscariolli & Ribeiro Júnior, 2013), após colocação de drenagem torácica à esquerda, e o restante protocolo de transfusão maciça. Durante todo o processo de abordagem ao doente, foi mantida a sua vigilância, a monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos, tido em consideração o aquecimento, minimizando o risco de hipotermia e, consequente, procurando a melhoria dos *outcomes*. De assinalar que, na maioria das vezes, a morte destes doentes decorre da instalação de hipotermia, coagulopatia e acidose, considerada uma tríade letal, e não propriamente por incapacidade de tratamento das graves lesões que estão presentes (Edelmuth et al, 2013).

Esta situação refletiu uma intervenção de extrema proficiência por parte da equipa multidisciplinar, com ganhos significativos em saúde. Posso mesmo dizer que todos os minutos contaram, e que a rapidez e eficiência do trabalho de toda a equipa multidisciplinar foram decisivos para assegurar a sobrevivência do doente.

A avaliação sistematizada, a ressuscitação e estabilização precoces, têm um impacto significativo no prognóstico do doente politraumatizado, sendo que as *guidelines* existentes são reconhecidas internacionalmente, como elemento central de cuidados de excelência no trauma (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2018; Rodrigues, Santana & Galvão, 2017; Society of Trauma Nurses, 2013).

A abordagem e reanimação do doente politraumatizado deve promover a identificação das lesões que colocam em risco a vida, em tempo oportuno. A avaliação sistematizada do exame primário, baseando-se no ABCDE, ajuda na identificação precoce de lesões como a hipóxia e a hipovolemia. Em muitas situações, a Sala de Reanimação será apenas um ponto de passagem (muito importante) para a estabilização do doente politraumatizado, mas o tratamento definitivo terá que, forçosamente, ocorrer no Bloco Operatório. Nestes doentes em particular, é essencial um trabalho de equipa dinâmico, que procure estabilizar o doente sem que se esgote o seu “período de ouro”, ou seja, sem que se coloque em risco a sua sobrevivência (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2018; Society of Trauma Nurses, 2013).

As diversas experiências de cuidados reforçaram a necessidade de continuamente manter a vigilância do doente, monitorizando os resultados obtidos das intervenções realizadas (Meyer & Lavin, 2005) e avaliando o potencial de cura e de resposta às diferentes estratégias de tratamento adotadas (Benner, 2001). Neste sentido, saliento a situação de um doente de 48 anos de idade, que recorreu ao SU por dor precordial com cerca de duas horas de evolução, com náuseas e palidez associada. Destacam-se antecedentes pessoais de HTA e dislipidemia, com incumprimento terapêutico, e tabagismo (fumador de 50 cigarros/dia).

O diagnóstico de SCA com supra de ST determinou a realização de angioplastia primária, com colocação de *stent* na artéria coronária descendente anterior, a qual decorreu sem intercorrências. O facto de ter sido diagnosticado com COVID-19 três dias antes, implicou o seu regresso à SR e consequente isolamento, até ter uma vaga num serviço COVID com a devida monitorização.

Na avaliação do doente, observei um aumento da TA, queixas de desconforto na região retroesternal, verbalizando o doente não perceber porque tinha voltado para o SU, demonstrando-se apreensivo com a situação e olhando continuamente para o ambiente em seu redor. A explicação do motivo e do carácter temporário da sua permanência na SR, para que fosse adequadamente vigiado, e a administração de Nitroglicerina sublingual, após notificação da cardiologista sobre os parâmetros vitais alterados, revelaram-se estratégias eficazes. Reggi e Stefanini (2016) salientam que a Nitroglicerina deve ser considerada no alívio da dor no doente com SCA em que a dor torácica persista, bem como no alívio de quadros congestivos, associados a insuficiência cardíaca com hipertensão associada (European Society of Cardiology, 2017).

Para além destas medidas e mantendo a vigilância do doente, no que diz respeito, nomeadamente à deteção de arritmias de reperfusão ou de alterações neurocirculatórias no membro do acesso para a realização da angioplastia coronária, promovi o conforto do doente ao nível do posicionamento e do controlo do ambiente, diminuindo a luminosidade e controlando os parâmetros dos alarmes. Meriläinen, Kyngäs e Ala-Kokko (2010) alertam que a tecnologia, juntamente com o ruído, a luminosidade intensa e as diferenças de temperatura, podem tornar o ambiente do SU extremamente hostil.

Igualmente, esclareci as dúvidas do doente e proporcionei o contacto com a sua esposa, ainda que por via telefónica, ajudando-o, desta forma, a conseguir lidar com a sua situação de transição saúde-doença. Após estas intervenções, o doente referiu sentir-se melhor, já sem dor torácica e com os parâmetros vitais dentro dos valores normais. Foi também possível realizar educação para a saúde, reforçando a importância do cumprimento da terapêutica e aquisição de hábitos de vida saudáveis, incluindo a diminuição tabágica, aproveitando a motivação expressa pelo doente nesse sentido.

É evidente que a PSC se encontra a vivenciar um processo de transição saúde-doença e situacional, que gera ansiedade e stress, e no qual o enfermeiro desempenha um papel fundamental, ao procurar facilitar a adaptação do doente à sua nova condição, diminuindo assim a vulnerabilidade e ansiedade associadas a este processo (Meleis et al., 2000). As situações de cuidados vivenciadas reforçam a importância da vigilância do estado clínico da pessoa, bem como na administração de protocolos terapêuticos complexos, sendo necessário que o enfermeiro esteja alerta para mudanças significativas do estado do doente e pronto a intervir quando necessário, de modo a prevenir eventuais complicações (Benner, 2001).

Na UCIC, pude observar e colaborar na prestação de cuidados do enfermeiro perito à PSC, nomeadamente com SCA, compreendendo as estratégias adotadas pelo mesmo e pela equipa multidisciplinar na tomada de decisão e consequente intervenção, desde o momento da admissão até ao momento de transferência para a enfermaria. Neste sentido, houve a preocupação de conhecer os protocolos existentes no Serviço, de modo a poder gerir e organizar a prestação de cuidados de acordo com os métodos de trabalho existentes, adequados e direccionados, neste caso concretamente à pessoa com SCA. Neste âmbito, destaco o protocolo de “Heparina/controlo APTT”, utilizado no tratamento da pessoa com SCA sem SST enquanto está a aguardar realizar cateterismo, assim como o protocolo “Perfil 35”, em

que há uma preocupação com a avaliação sequencial dos valores de troponinas, de forma a identificar se a sua evolução está em “rampa” ascendente ou descendente, para a tomada de uma decisão sustentada.

A equipa de enfermagem diligência uma vigilância contínua, estando permanentemente atenta para o estado hemodinâmico da PSC e para a ocorrência de eventuais situações de risco de vida, decorrentes do processo de doença, como é o caso do edema agudo do pulmão, de arritmias, choque cardiogénico e mesmo falência multiorgânica.

Durante a realização do estágio, foi possível prestar cuidados à PSC com as condições acima descritas, em particular com necessidade de oxigenação por membrana extracorporal (ECMO), com ventilação mecânica invasiva, a realizar hemodiafiltração venovenosa contínua, com tamponamento cardíaco, após realização de cateterismo, com necessidade de pericardiocentese de urgência, assim como à PSC com SCA em choque cardiogénico com balão intra-aórtico, entre outras problemáticas.

Estas situações levaram-me a realizar uma pesquisa bibliográfica mais focalizada e aprofundada, sentindo também a necessidade de discutir estas questões complexas de modo sistemático com a enfermeira orientadora, perita nesta área, no sentido de compreender e apreender a complexidade dos cuidados prestados. Foram inúmeras as situações novas de aprendizagem que suscitaram grande interesse e que, através da procura e aprofundamento de conhecimentos, permitiram a aquisição novas competências na prestação de cuidados à PSC, enquanto enfermeira especialista e no desenvolvimento de perícia no cuidado ao doente com SCA.

A manutenção da vigilância revela-se essencial, uma vez que, em vários momentos, foi identificada a deterioração clínica do doente crítico, antes de ocorrerem alterações explícitas dos parâmetros vitais, tendo sido possível reconhecer e antecipar eventuais acidentes e problemas, emergindo uma premeditação clínica, bem como capacidade de aprender com os erros, com a finalidade da melhoria da qualidade dos cuidados (Benner, 2001).

Neste seguimento, durante a prestação de cuidados e no sentido de antecipar eventuais problemas, foi mantida uma postura preventiva. Por exemplo, aquando do desmame ventilatório e extubação de um doente ventilado, foi verificada a capacidade de compreensão do doente e explicado todo o procedimento, de forma a diminuir a sua ansiedade perante o desconhecido. Foi efetuada pré-oxigenação, administrados broncodilatadores, bem como Hidrocortisona endovenosa, no sentido de prevenir o

brôncoespasmo, tendo o carro de emergência disponível para eventuais complicações (Faria, Teixeira & Faria, 2019).

Como já referido, a vigilância contínua da pessoa com SCA evidencia-se como fundamental, bem como a capacidade de dinamizar a resposta em situações de emergência, desde a sua deteção à ação, gerindo a administração de protocolos terapêuticos complexos (Meyer & Lavin, 2005; Sebastián et al., 2021). Destaco a situação de um doente com diagnóstico de SCA sem supra de ST, a aguardar realizar cateterismo. Subitamente, foi visível a palidez da pele e uma sudorese profusa, que não existiam anteriormente, sendo que o traçado cardíaco se encontrava em taquicardia sinusal (105 bpm). O doente referiu mal-estar geral e desconforto na região retroesternal. Informei de imediato o médico, que realizou ECG, tendo administrado em seguida Sulfato de Magnésio (2g EV), Morfina (2mg EV) e Metoclopramida (10mg EV), com ligeira melhoria da dor. Observa-se, em seguida, um *run* de taquicardia ventricular autolimitado, pelo que foi também administrada Amiodarona (400mg PO), já que o perfil tensional do doente era tendencialmente hipotensivo. Depois desta intervenção, o senhor ficou sem dor e novamente normocárdico, sem novos episódios de taquicardia ventricular.

Reconheço que o conhecimento adquirido, através das situações de cuidados vivenciadas em estágio, tem contribuído para um estado de alerta mais competente, sendo mais imediata a atribuição de significado aos sinais observados, antes que estes se manifestem a nível hemodinâmico e, deste modo, desencadear uma ação informada, calculando os riscos e antecipando o que pode acontecer, para uma resposta imediata de modo eficaz, contribuindo para melhores *outcomes* da pessoa alvo de cuidados (Meyer & Lavin, 2005). A reflexão sobre as experiências de aprendizagem reforça a convicção, como defende Locsin (2017), que a competência tecnológica do enfermeiro se expressa pela junção da prática de enfermagem com a ciência de cuidar, em que o enfermeiro utiliza o conhecimento tecnológico, o conhecimento científico e o conhecimento adquirido na prática, para prestar cuidados com segurança e de qualidade.

Ao longo da prestação de cuidados, a observação e a colheita de dados foram realizadas continuamente, adequando o plano de cuidados e respetivas intervenções a cada doente e família em particular, permitindo um conhecimento mais amplo da pessoa alvo de cuidados, bem como dos processos de transição saúde-doença e situacionais a que estão sujeitos (Meleis et al., 2000).

A PSC, em particular na pessoa com SCA, confronta-se com uma situação inesperada de doença, geradora de apreensão e vulnerabilidade, pelo que a gestão e diminuição da ansiedade se tornam essenciais. Durante a prestação de cuidados à pessoa com SCA, foi possível utilizar o humor, que se revelou, muitas vezes, eficaz no sentido de diminuir a ansiedade e stress daquela pessoa, bem como manter uma escuta ativa, ajudando a pessoa a aceitar a sua condição atual e a transição por que está a passar. Por outro lado, o esclarecimento de dúvidas, ir ao encontro dos medos e anseios manifestados e, em conjunto com o doente, encontrar soluções que contribuíssem para a diminuição da ansiedade, foram estratégias também utilizadas, tendo por base a relação de confiança estabelecida.

Durante o percurso realizado na UCIC para o desenvolvimento de competências, foi assumida uma postura de envolvimento e responsabilidade contínua na prestação de cuidados à PSC com patologia cardíaca. A prestação de cuidados foi direcionada, na sua maioria, para a pessoa com SCA, permitindo um crescendo de competências na deteção e antecipação de situações de instabilidade, quer na pessoa a aguardar angioplastia, quer na pessoa após realização de angioplastia, pela necessidade de uma vigilância e monitorização constantes, pelo risco de arritmias potencialmente fatais, como é o exemplo da taquicardia ventricular e da fibrilhação ventricular.

Deste modo, foi assumida a monitorização do estado hemodinâmico do doente crítico de forma contínua, com acesso fácil ao carro de emergência com desfibrilhador. Destaco também a importância de monitorizar e notificar alterações analíticas relevantes (como por exemplo, hipercaliémia, hipocaliémia, hiponatrémia, entre outras), suscetíveis de correção para prevenção de eventuais problemas.

Nesta linha de pensamento, também pude colaborar na remoção do introdutor venoso e arterial, utilizados na realização de angioplastias ou valvuloplastias aórticas percutâneas, os quais são mantidos, na sua maioria, até o doente se encontrar estável. Para a execução deste procedimento, no sentido de antecipar eventuais situações de instabilidade, foi assegurado um acesso venoso permeável e o rápido acesso à Atropina, para eventuais bradicardias extremas. Foi igualmente preparado o material necessário para realizar compressão mecânica imediata, garantida a técnica asséptica, e a compressão subsequente. Nesta situação, foi mantida a vigilância de sinais e sintomas de hemorragia no local de remoção dos introdutores, bem como de sinais de compromisso neurocirculatório das extremidades.

No decurso do estágio na UCIC, tive a oportunidade de realizar um dia de observação na Unidade de Intervenção Cardiovascular/Laboratório de Hemodinâmica, que se localiza na mesma instituição. Esta experiência foi extremamente importante, permitindo-me enquadrar a estreita ligação com a UCIC, decorrente dos procedimentos a que a PSC é sujeita, quer em termos de diagnóstico quer no contexto do tratamento definitivo.

Tive a oportunidade de observar a realização de cateterismo diagnóstico, onde foi efetuada de imediato a angioplastia primária com balão e colocação de stent, tanto num doente diagnosticado com SCA com SST como sem SST, dada as lesões encontradas nas artérias coronárias. Foi possível, ainda, observar a dinâmica da equipa em torno da realização de uma angioplastia íleo-femoral com coronariografia, no contexto de uma ablação, numa criança com síndrome de *Wolff-Parkinson-White*, assim como a realização de uma valvuloplastia aórtica percutânea.

O cateterismo é uma técnica ouro-padrão utilizada para avaliar as artérias coronárias (Costa-Mateu et al., 2019). É um método invasivo que tem como principal objetivo verificar a anatomofisiologia coronária, através da introdução de um cateter intravascular, por punção da artéria radial, braquial ou femoral até à raiz da aorta, para avaliação dos grandes vasos, artérias coronárias e respetivas cavidades cardíacas, de maneira a realizar o devido diagnóstico (Costa-Mateu et al., 2019). Refletindo a atuação anteriormente descrita, de acordo com os mesmos autores o acesso arterial preferencial, é via radial à direita, por se constituir um local de fácil acesso, ser mais seguro e eficaz, com menos complicações hemorrágicas e vasculares associadas e com maior conforto para o doente, permitindo o levante precoce, comparando com o acesso via femoral.

Considero que foi uma experiência estruturante neste estágio, que promoveu de forma significativa a minha reflexão sobre o papel e intervenção essencial do enfermeiro, como parte integrante e imprescindível da equipa multidisciplinar, em diferentes contextos, na abordagem à pessoa com patologia cardíaca, em particular com SCA. Para esta intervenção, é fundamental a capacitação e desenvolvimento profissional, com a aquisição de novas competências, as quais constituem o alicerce para a prestação de cuidados diferenciados de qualidade. Este processo desenvolve, de forma inequívoca, a vigilância para sinais e sintomas associados a eventos adversos, e formaliza, também, a capacidade para intervir se e quando necessário, de modo a prevenir eventuais complicações decorrentes da ICP.

No âmbito do cuidado ao doente com SCA, saliento também a preocupação pela educação para a saúde, preparando a pessoa para o regresso a casa e, quando necessário, para a reabilitação cardíaca. Ao longo do estágio, verifiquei que muitos doentes, ao vivenciarem este episódio de doença aguda, se sentiam motivados a alterar comportamentos de risco cardiovascular. Nesse sentido, foi reforçada a importância da adesão a estilos de vida saudáveis, com foco na cessação tabágica, na alimentação saudável, no exercício físico e na adesão ao tratamento, de acordo com a problemática de cada doente.

Nas várias situações desenvolvidas, saliento a importância de prestar cuidados centrados na pessoa, promovendo o conforto e proporcionando um ambiente mais controlado, estabelecendo uma escuta ativa no sentido de conhecer a pessoa alvo dos cuidados, de uma forma holística, enquanto pessoa única dotada de crenças, valores e experiências pessoais. Esta estratégia permite, em conjunto com o doente, uma tomada de decisão integrada, de forma a desenvolver um conjunto de intervenções com o propósito de alcançar os resultados esperados, centrados na pessoa e família, para uma boa experiência de cuidados (McCormack & McCance, 2006).

Realço, ainda, na prestação de cuidados à PSC, a capacidade de observação, o pensamento crítico e o julgamento clínico, que são de extrema importância e essenciais no processo de tomada de decisão (Tanner, 2006). No que diz respeito ao enfermeiro perito, o domínio intuitivo emerge na capacidade de intervir na situação com base em situações anteriores, percebendo que algo não está bem e agilizando, a partir desse momento, um processo de resposta imediata e eficiente (Benner, 2001). Deste modo, os enfermeiros experientes, através do pensamento crítico, do conhecimento científico e das experiências vividas, adquirem a capacidade de intervir de forma imediata e intuitiva, onde cada situação de cuidados se constitui como uma “lição” que prepara a próxima experiência (Hams, 2000).

Sublinho que, tanto no SU como na UCIC, foi promovido o sigilo profissional, mantida uma conduta ética e deontológica, respeitando a liberdade individual e dignidade da pessoa, aplicadas políticas e procedimentos de gestão de cuidados à pessoa em situação crítica, de maneira a perceber se a mesma e a família têm conhecimento do que está a acontecer, quais os tipos de procedimentos a que vão ser sujeitas e o porquê dos mesmos, assegurando sempre o consentimento informado da pessoa (OE, 2015). Deste modo, durante a prestação de cuidados foi sempre tida em conta a defesa dos direitos humanos, no respeito pela privacidade, pelo direito à

informação, na segurança e confidencialidade da informação escrita e oral. Foram igualmente tidos em consideração o princípio da autonomia e da beneficência/não maleficência, respeitando os valores, preferências, costumes, crenças e vivências de cada pessoa em particular e sua família. De acordo com as linhas orientadoras da OE (2015), a prestação de cuidados foi baseada nos princípios de responsabilidade profissional e no respeito ético pelos direitos humanos, com o objetivo da excelência do cuidar.

Face ao exposto anteriormente, considero ter atingido os dois objetivos específicos a que me propus.

Objetivo específico - Otimizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica com SCA, face à sua complexidade e necessidade de respostas adequadas e em tempo útil.

O SU e a UCIC são contextos complexos, onde é crucial uma intervenção imediata, muitas vezes sob pressão. Deste modo, cuidar da PSC, em especial da pessoa com SCA, impõe cada vez mais o uso de tecnologia, de técnicas e procedimentos invasivos para dar resposta às necessidades vitais, o que aumenta o risco potencial de infeção e contaminação por microrganismos multirresistentes.

Neste âmbito, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de adquirir competências para poder intervir, de modo a prevenir e controlar o risco de infeção associado aos cuidados de saúde (Regulamento nº 361/2015, 2015). Durante a realização do estágio no SU e na UCIC, foram adotadas e implementadas medidas preventivas e de controlo de infeção, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

De acordo, com a DGS (2017a), as infeções associadas aos cuidados de saúde, assim como o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, representam uma preocupação crescente a nível mundial, estando integrada na lista de fatores que contribuem para uma maior mortalidade e morbilidade. O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, da DGS, estabelece um conjunto de medidas a adotar para a prevenção e controlo de infeção, através de uma estratégia multimodal de precauções básicas para o seu controlo (DGS, 2017a). Esta estratégia define regras para uma boa prática, a implementar aquando da prestação de cuidados pelos profissionais de

saúde, assim como pelos familiares/acompanhantes, bem como pelos próprios doentes, minimizando o risco de infecção de transmissão cruzada (DGS, 2017a).

Deste modo, aquando da prestação de cuidados, tive sempre a preocupação de seguir as orientações do referido Programa, utilizando adequadamente os devidos equipamentos de proteção individual, procedendo à correta lavagem/desinfecção das mãos, tendo em consideração os cinco momentos preconizados pela DGS, mantendo a técnica asséptica e a preparação segura da terapêutica. Igualmente, foi cumprida a etiqueta respiratória, a gestão dos resíduos de forma adequada, bem como a orientação para a higienização e desinfecção de superfícies, equipamentos e espaços. Assinalo, também, a importância de aplicar as diversas normas de prevenção e controlo de infeção instituídas em cada um dos Serviços, no que diz respeito a infeções associadas aos cuidados de saúde e dispositivos médicos, como é o exemplo dos cateteres venosos centrais e periféricos, da linha arterial, da intubação endotraqueal e da algaliação.

No SU, a implementação de medidas de prevenção de controlo de infeção constituem um desafio, tendo em consideração a dinâmica organizacional e funcional do serviço, devido à afluência significativa de doentes, comprometendo por vezes o distanciamento mínimo preconizado entre si, e pela necessidade de uma resposta imediata, em tempo útil, decorrente da própria condição do doente crítico. Não obstante ser essencial, em vários momentos, uma rápida intervenção nos doentes internados na UCIC, experienciei que a sua dinâmica organizacional e funcional revelam-se facilitadoras para o cumprimento das normas de prevenção e controlo de infeção, pela individualização das diferentes unidades, pelo rácio enfermeiro/doente e pelo próprio ambiente, “mais controlado”.

Nos dois contextos de estágio, foi possível adotar medidas de isolamento de contacto, de gotícula ou isolamento protetor, conforme a situação do doente. Igualmente, foi assegurada a técnica asséptica na inserção e manuseio dos vários dispositivos invasivos, cumprindo rigorosamente as normas existentes nos serviços, assim como a vigilância de sinais inflamatórios dos locais de inserção.

Na UCIC, destaco ainda a experiência da aplicação da norma da DGS (2014) relativa ao protocolo de Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) – com realização de zaragatoa para pesquisa de MRSA e Carbapenemase de *Klebsiella pneumoniae* (KPC), a doentes com internamentos nos últimos seis meses. Nestes doentes, foi efetuada a higiene completa com Clorhexidina gel durante os primeiros cinco dias,

assim como a higiene oral, pelo menos três vezes por dia, com Clorohexidina a 0,2% solução oral, durante o internamento.

Foram ainda tidas em conta as medidas de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, de acordo com a norma da DGS (2015), no que diz respeito à gestão da sedação do doente, avaliando a capacidade e possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, mantendo a elevação da cabeceira pelo menos a 30°, realizando a higiene oral três vezes ao dia com Clororhexidina 0,2% solução oral, verificando a pressão do balão do tubo endotraqueal de forma a evitar a aspiração ou lesão, mantendo os valores entre os 20 a 30 cmH₂O, e efetuando a substituição dos circuitos de ventilação e filtros, sempre que necessário.

Na UCIC, tive ainda oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora, que fazia parte do grupo dinamizador da prevenção e controlo da infeção da instituição, em algumas auditorias, nomeadamente da administração de terapêutica, da colocação de cateteres venosos centrais, periféricos e da linha arterial, bem como da prestação de cuidados no geral. Realço a postura de liderança assumida pela enfermeira orientadora, demonstrando à equipa o que era necessário melhorar, reforçando a importância do cumprimento e respeito das regras de controlo de infeção, para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de participar ativamente na dinamização da equipa, assumindo também uma ação pedagógica, contribuindo para o cumprimento de estratégias e planos que visem o controlo de infeção no seu local de trabalho.

Face ao exposto, considero que atingi o objetivo proposto. Em articulação com os enfermeiros orientadores de cada contexto de estágio, com a equipa multidisciplinar e através da pesquisa das normas de prevenção e controlo de infeção, foi possível atuar em conformidade com o preconizado, garantindo cuidados de enfermagem seguros e de excelência, compreendendo e desenvolvendo competências, enquanto futura enfermeira especialista e mestre.

Objetivo específico - Demonstrar capacidade de reflexão e integração de conhecimentos, selecionando fontes de informação relevantes que permitam lidar com situações complexas, desenvolvendo a capacidade de compreensão e de resolução de problemas.

A prática reflexiva revela-se crucial para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados. Trata-se de um processo mental que o enfermeiro utiliza

para explorar e aprofundar as situações da prática clínica. Este processo permite que ocorra um questionamento e uma apreciação da experiência vivida, no sentido de promover o crescimento pessoal e profissional, tendo como finalidade a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, centrados na pessoa (Todd & Freshwater, 1999).

Por conseguinte, de acordo com Todd e Freshwater (1999), é essencial que o enfermeiro adote uma prática reflexiva quando presta cuidados, porque se trata de um processo multidimensional, que tem como objetivo problematizar um vasto conjunto de situações da prática clínica, para que estas se constituam potenciais situações de aprendizagem, favorecendo o seu desenvolvimento e crescimento, quer a nível emocional quer cognitivo.

A realização do estágio permitiu-me observar e colaborar na prestação de cuidados à PCS e com SCA, em contextos diferentes. Foi-me possibilitado, por cada um dos enfermeiros orientadores, vários momentos de reflexão, aliados a inúmeras situações de aprendizagem, que permitiram a mobilização de diferentes fontes de conhecimento, para a consolidação e desenvolvimento de competências.

Saliento a reflexão acerca da vigilância em enfermagem nas variadas situações de cuidados que vivenciei. Nesta reflexão, valorizei a importância de, sistematicamente, realizar a identificação de sinais e sintomas que coloquem em risco a estabilidade e segurança da PSC, em especial com SCA, reconhecendo que esta etapa é fundamental para antecipar o agravamento da situação clínica e agir com prontidão e eficácia, calculando previamente o risco destas ações, de forma a alcançar os melhores *outcomes* para a pessoa e a sua família (Meyer & Lavin, 2005). Este processo reflexivo permitiu o desenvolvimento de competências, enquanto futura enfermeira especialista e mestre.

Ao longo do estágio, foram frequentes os momentos de reflexão individuais e em grupo, os quais promoveram situações de aprendizagens formais e informais. Deste modo, fui desenvolvendo o autoconhecimento, bem como reconhecendo os recursos e limites pessoais e profissionais na prestação de cuidados à PSC, em especial com SCA. Os momentos de reflexão em grupo, com a equipa multidisciplinar, ocorreram quer durante o turno, quer na passagem de turno, onde saliento a partilha de ideias e conhecimentos, permitindo uma tomada de decisão baseada em conhecimento técnico-científico, assim como na experiência prévia de outros profissionais de saúde, que integram a equipa.

Destaco a riqueza destes momentos, nomeadamente com os enfermeiros orientadores, em que experienciei, como afirma Tanner (2006), que o julgamento clínico e consequente processo de tomada de decisão surgem de uma análise hipotético-dedutiva, entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento da experiência profissional, permitindo assim que se prestem cuidados de qualidade à pessoa alvo dos cuidados. Desta forma, desenvolvi a capacidade de atuar de modo eficaz e eficiente, sob pressão, gerindo sentimentos e emoções, quer na prestação de cuidados à PSC, quer no suporte à família. O desenvolvimento deste processo de análise hipotético-dedutiva, permitiu-me identificar a fonte do problema, muitas vezes de forma intuitiva, não descurando as várias hipóteses diagnósticas alternativas (Benner, 2001). Como defende Benner (2001), o desenvolvimento da perícia ocorre através da reflexão e colocação de questões na procura da resolução de problemas, decorrentes da prestação de cuidados, tendo por base o conhecimento empírico e científico (Benner, 2001).

Nesta perspetiva, o desenvolvimento da minha capacidade de reflexão, compreensão e resolução de problemas, concretizou-se também através da elaboração de jornais de aprendizagem. No SU, a reflexão centrou-se na vigilância da PSC em choque cardiogénico, analisando e refletindo sobre a intervenção do enfermeiro especialista nas várias etapas deste processo. Por outro lado, na UCIC, foquei a minha reflexão na importância do domínio intuitivo no processo de vigilância da pessoa com SCA, evidenciando as competências do enfermeiro perito.

O estudo de caso, realizado no contexto da UCIC, contribuiu também para o desenvolvimento do meu processo reflexivo. Com base no conhecimento da pessoa com SCA e nas necessidades identificadas, analisei e refleti sobre o plano de cuidados fundamentado na evidência científica. Para além da reflexão sobre a vigilância deste doente crítico, emergiu a relevância da educação para a saúde, bem como do papel fulcral do enfermeiro na gestão de perturbações emocionais, neste caso decorrentes da vivência de um processo de doença agudo.

Em complemento com o descrito anteriormente, estas atividades permitiram-me, mais uma vez, aprofundar e integrar conhecimentos acerca da pessoa com SCA, bem como desenvolver a minha capacidade de introspeção, reflexão, perceção e resposta a eventuais problemas. Contudo, em contexto de prestação de cuidados à PSC, é de extrema importância o trabalho em equipa, numa perspetiva construtivista e em que predomina o pensamento complexo. Desta forma, serão cuidados de

qualidade, garantido a segurança da pessoa e consequente promoção da sua saúde e da sua família.

Ainda sobre a experiência em que acompanhei o enfermeiro orientador, enquanto chefe de equipa, tive oportunidade de refletir, com o mesmo, sobre a importância do trabalho de equipa e sobre a liderança, que desempenha um papel facilitador, fundamental na resolução de eventuais problemas. É o líder que consegue, com a sua mestria e perícia e através do apoio e *empowerment* dos colaboradores, ajudar cada elemento a vivenciar as diferentes situações e desenvolver, em conjunto com a equipa, diversas estratégias de *coping* (McFarlane, 2015).

De notar que, quando nos referimos à equipa, na perspetiva de McFarlane (2015), estamos a aludir a um conjunto de pessoas, cada uma com a sua particularidade e que estão intimamente interligados por um objetivo em comum, a prestação de cuidados de qualidade. Numa equipa estabelecem-se fortes ligações de união, comprometimento, cooperação, participação, interdependência e preocupação para com o outro, em que todos os membros da equipa se encontram envolvidos, constituindo-se uma comunidade em que existe um comprometimento com o crescimento do outro (McFarlane, 2015).

Ao longo do estágio e ao colaborar no trabalho em equipa, partilhei os objetivos da mesma, percebendo que existem desafios comuns para o comprometimento da equipa. Este facto impulsiona a equipa a avançar e desenvolver-se, enquanto equipa, com a orientação do líder, numa linha de mutualidade e cooperação, promovendo uma abordagem e resultados comuns, com a finalidade da melhoria contínua da prestação de cuidados de qualidade à pessoa e à sua família (McFarlane, 2015).

Pelas experiências de aprendizagem referidas, considero ter atingido o objetivo proposto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem é uma disciplina que fundamenta a sua práxis em referenciais teóricos, intemporais, assim como na evidência científica mais recente, projetando os cuidados de forma a promover a saúde e maximizar o bem-estar da pessoa e sua família, procurando sempre alcançar os melhores *outcomes* em cada situação específica.

Com a elaboração deste trabalho, foi possível sistematizar as atividades desenvolvidas durante a realização dos dois contextos de estágio, bem como refletir sobre as mesmas, espelhando as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

Este percurso permitiu-me desenvolver o raciocínio clínico, o pensamento crítico e o julgamento clínico, enquanto elos essenciais para uma tomada de decisão centrada na pessoa, demonstrando mestria na prestação de cuidados à PSC, em especial à pessoa com SCA.

A SCA é uma das principais causas de mortalidade a nível mundial, sendo que a vigilância, enquanto a essência de Enfermagem (Meyer & Lavin, 2005), bem como da função de diagnóstico e vigilância do enfermeiro (Benner, 2001), se evidenciam como essenciais para um diagnóstico precoce e respetivo encaminhamento, com redução dos tempos até ao tratamento, para a obtenção de melhores ganhos em saúde. No cuidado à PSC, é essencial manter um estado de alerta permanente, antecipando eventuais problemas e planeando futuras intervenções, decorrentes dos resultados obtidos.

Enquanto futura mestre e enfermeira especialista, desenvolvi a capacidade de refletir sobre a situação de cuidados vivenciada, de identificar os potenciais erros e crescer com eles, de modo contínuo. Neste sentido, é preciso ter a humildade de assumir que não somos detentores de todos os conhecimentos, sendo fundamental adotar uma atitude de proatividade em procurar a melhor evidência científica de modo sistemático, com o propósito de manter uma atualização constante.

A prestação de cuidados é uma arte, em que devemos ter em conta a pessoa como ser único, dotado de características biopsicoculturais ímpares, com diferentes crenças e valores, na procura do melhor cuidado para aquela pessoa em particular. Nesta perspetiva, a elaboração deste relatório permitiu reforçar a minha convicção de que é necessário aprender a olhar, a interpretar e a executar, e que temos de fazê-lo

em harmonia com a equipa multidisciplinar para maiores ganhos em saúde para a pessoa.

Ao longo do estágio, houve o aprimorar e aprofundar da capacidade de reflexão e, através da simbiose das competências técnico-científicas e do pensamento crítico-reflexivo, foi possível adquirir e desenvolver competências enquanto mestre e enfermeira especialista, bem como fomentar o meu crescimento pessoal e profissional. Este crescimento só foi possível graças à minha motivação pessoal e alvedrio em aprender, numa pesquisa constante de novos conhecimentos, baseados na evidência científica mais recente. O futuro da Enfermagem reside na capacidade de investigação e procura contínua da melhor evidência científica disponível, não esquecendo a premissa que a Enfermagem só se desenvolve com mais Enfermagem.

Gostaria de salientar que, neste percurso, surgiram algumas dificuldades devido ao cansaço acumulado, decorrentes do atual estado de pandemia em que nos encontramos, na complexidade de conciliação dos horários do estágio com os do meu local de trabalho, com o trabalho autónomo a desenvolver e a minha vida pessoal. No entanto, estas dificuldades foram ultrapassadas com resiliência e apoio, tanto da Professora Tutora, como dos Enfermeiros Orientadores.

Como referi, o percurso desenvolvido foi então facilitado pelo apoio e pelas orientações fornecidas pela Professora Tutora e pelos Enfermeiros Orientadores, tendo sido promovidos vários momentos de aprendizagem formal e informal, que permitiram atingir os objetivos propostos, no que diz respeito ao desenvolvimento de competências na intervenção especializada do enfermeiro na vigilância da pessoa com SCA, na melhoria dos seus *outcomes*.

Face ao exposto, considero que desenvolvi competências de Mestre, no que diz respeito à capacidade de autoaprendizagem, compreensão, aplicação, tomada de decisão e comunicação do conhecimento. Desenvolvi, ainda, competências comuns e específicas enquanto Enfermeira Especialista em PSC, no que diz respeito ao desenvolvimento da responsabilidade ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da capacidade de gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens decorrentes da prática, assim como na prestação de cuidados à PSC, nomeadamente com SCA, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica; gerindo protocolos terapêuticos complexos; antecipando situações de maior instabilidade, de modo a assegurar uma intervenção precisa, eficaz e eficiente, em tempo útil; assistindo a pessoa e família a vivenciar possíveis

perturbações emocionais; e maximizando a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

O desafio passa a ser, a partir deste momento, implementar na minha prática diária na prestação de cuidados à PSC, em particular à pessoa com SCA, a evidência aqui retratada, adotando uma postura ativa no que diz respeito à investigação e formação contínua. Neste âmbito, no meu local de trabalho integro o grupo de formação na área da “Abordagem Urgente ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio”, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa com SCA, sensibilizando para a importância da redução dos tempos de diagnóstico e início de tratamento, pois todos os segundos contam para a melhoria dos seus *outcomes*.

REFERÊNCIAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382.
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2018). *ATLS Student Course Manual* (10th ed.). Chicago: American College of Surgeons.
- Battilana-Dhoedt, J. A., Cáceres-de Italiano, C., Gómez, N., & Centurión, O. A. (2020). Fisiopatología, perfil epidemiológico y manejo terapéutico en el síndrome coronario agudo. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 18(1), 84–96. DOI: <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.01.84-096>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., H. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bobadilla, R. V. (2016). Acute coronary syndrome: Focus on antiplatelet therapy. *Critical Care Nurse*, 36(1), 15–27. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2016497>.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24.
- Collet, JT., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J., Borger, M. ... Windecker, S. (2015). *Recomendações de 2015 da ESC para o tratamento das síndromes coronárias agudas em doentes que não apresentam elevação persistente do segmento-ST*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Costa, A., C., L., Preto, L., S., R., Barreira, I., M., M., Mendes, L., A., Araújo, F., L., & Novo, A., F., M., P. (2020). Triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2) 96–101. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829>.
- Costa-Mateu, J., Fernández-Rodríguez, D., Rivera, K., Casanova, J., Irigaray, P., Zielonka, M., Pereyra-Acha, E., Aldomà, A., & Worner, F. (2019). Impacto da

estratégia de um cateter com cateter TIG I no desempenho da coronariografia por cateterismo e custos económicos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113 (5), 960–968. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20190232>.

Decreto-Lei n.º65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I 1ª Série-A (N.º157 de 16/08/2018), 4147 - 4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.

Despacho nº10319/2014 (2014). São definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência. *Diário da República* nº153/2014, 2ª Série. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn.

Despacho nº13427/2015 (2015). Definir quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência. *Diário da República* nº228/2015, 2ª Série. Obtido de: [Despacho n.º 13427/2015 | DRE](#).

Despacho nº4320/2013 (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. *Diário da República*, II 2ª Série (Nº59 de 25/03/2013). Ministério da Saúde: Portugal.

Despacho nº5561/2014 (2014). Definir quais os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência. *Diário da República* nº5561/2014. 2ª Série. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25696609/details/normal?q=despacho+5561%2F2014>.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003. Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Portugal: DGS.

- Direção-Geral da Saúde. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Portugal: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Prevenção e controlo de colonização e infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados*. Norma n.º 018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015. Portugal: DGS. Disponível em: [Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina \(MRSA\) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados - Portal das Normas Clínicas \(min-saude.pt\)](http://www.min-saude.pt/pt/Prevencao-e-Controlo-de-Colonizacao-e-Infecao-por-Staphylococcus-aureus-Resistente-a-Meticilina-MRSA-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados).
- Direção-Geral da Saúde. (2015). “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Ministério da Saúde: DGS. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Via verde do acidente vascular cerebral no adulto*. Norma n.º 015/2017 de 13/07/2017. Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. Norma nº 002/2018 de 09/01/2018. Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.
- Edelmuth R. C. L., Buscariolli, Y. S., & Ribeiro Júnior, M. A. F. (2013). Cirurgia para controle de danos: Estado atual. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 40(2), 142-151. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>.
- European Society of Cardiology. Grupo de trabalho para o tratamento do enfarte agudo do miocárdio em doentes com elevação do segmento-ST (2017). *Recomendações de 2017 da ESC para o tratamento do enfarte agudo do miocárdio em doentes com elevação do segmento-ST* (Isabel Moreira Ribeiro,

- trad.). European Society of Cardiology; Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.EAM_STEMI-2017.pdf.
- Faria, B. D., Teixeira, A. P. A., & Faria, I. D. (2019). Protocolo de extubação: teste do cartão branco como importante preditor de falha em unidade de terapia intensiva. *Fisioterapia Brasil*, 20(2), 162–171. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2329>.
- Fonseca, F. A. H., & Izar, M. C. de O. (2016). Fisiopatologia das síndromes coronarianas agudas. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 26(2), 74–77.
- Frisch, S. O., Brown, J., Faramand, Z., Stemler, J., Sejdić, E., Martin-Gill, C., Callaway, C., Sereika, S. M., & Al-Zaiti, S. S. (2020). Exploring the complex interactions of baseline patient factors to improve nursing triage of acute coronary syndrome. *Research in Nursing and Health*, 43(4), 356–364. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.22045>.
- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: norma APA*. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL. Disponível em: https://www.esel.pt/sites/default/files/guia_b_2020.pdf.
- Grupo Português de Triagem. (2011). *Triagem de prioridades na urgência: Sistema de Manchester*. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-ViasVerdes.pdf>.
- Hams, S. P. (2000). A gut feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(5), 310–318. DOI: <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1500>.
- Hansson, E., Jidéus, L., Bengt, A., Bjursten, H., Dreifaldt, M., Holmgren, A., ... Jeppsson, A. (2018). Coronary artery bypass grafting-related bleeding complications in patients treated with ticagrelor or clopidogrel: a nationwide study. *European Heart Journal*, 37, 189–197. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv381>.

- Henneman, E. A., Gawlinski, A., & Giuliano, K. K. (2012). Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 32(2), 9–18. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2012166>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Causas de morte 2019 (dados provisórios). Destaque - Informação à Comunicação Social, 2019* (10 975), 1–10. <file:///C:/Users/Util/Downloads/01Causas de morte2019.pdf>.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice - A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *The Journal of Medical Investigation*. 64, 160-161. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jmi/64/1.2/64_160/pdf/-char/en.
- Locsin, R. C. (2017). *The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing*. *Journal of Medical Investigation*, 64(1–2), 160–164. Disponível em: <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McFarlane, D. A. (2015). Teams, change, and leadership: Practical lessons from Malcolm Webber. *Management and Administrative Sciences Review*, 4(5), 748–757.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>.
- Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 246–253. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.003>.

- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. DOI: <https://doi.org/10.1097/00152193-200510001-00004>.
- Miranda, H., Sousa, C., Santos, H., Almeida, I., Chin, J., Almeida, S., Tavares, J. (2021). What is the real impact of on-site percutaneous coronary intervention? A propensity score analysis of patients admitted with acute coronary syndrome. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40(3), 169–188. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.06.019>.
- Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V., & Morais, J. (2020). Cardiac intensive care in Portugal: The time for change. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(7), 401–406. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>.
- Morgado, G., Pereira, H., & Caldeira, D. (2018). Adoção da estratégia invasiva precoce no enfarte agudo do miocárdio sem supra desnivelamento de ST: Análise dos resultados do registo nacional de síndromas coronárias agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(1), 53-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.06.008>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Cadernos OE. Série I, Nº1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Santo Tirso: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, D., Lunet, N., & Azevedo, A. (2011). Prevalence and determinants of atypical presentation of acute coronary syndrome. *Acta Médica Portuguesa*, 24 Suppl 2, 307–318. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.1486>.
- Prachanukool, T., Aramvanitch, K., Sawanyawisuth, K., & Sitthichanbuncha, Y. (2016). Acute chest pain fast track at the emergency department: Who was misdiagnosed for acute coronary syndrome? *Open Access Emergency Medicine*, 8, 111–116. DOI: <https://doi.org/10.2147/OAEM.S112903>.

- Reggi, S. & Stefanini, E. (2016). Diagnóstico das síndromes coronarianas agudas e modelo sistematizado de atendimento em unidades de dor torácica. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 26(2), 78-85.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 26/2019 de 06/02/2019), 4744 - 4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.
- Regulamento n.º 361/2015 (2015). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 123 de 26/06/2015), 17240 - 17243.
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 135 de 16/07/2018), 19359 - 19370. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.
- Regulamento n.º 533/2014 (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 533/2014 de 02/12/2014), 30247-30254.
- Rodrigues, M. D. S., Santana, L. F., & Galvão, I. M. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista Medica*, 96(4), 3. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p278-280>.
- Sebastián, C. G., Sequeiros, M. A., Ruiz, J. M. M., & Gómez, J. L. Z. (2021). Emergency department treatment protocol for the patient with ST-segment-elevation acute coronary syndrome. *Medicine (Spain)*, 13(38), 2203–2206. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.07.006>.
- Society of Trauma Nurses. (2013). *Advanced trauma care for nurses: student manual*. Lexington: Society of Trauma Nurses.
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02921.x>.

- Timóteo, A. T., & Mimoso, J. (2018). Portuguese registry of acute coronary syndromes (ProACS): 15 years of a continuous and prospective registry. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(7), 563–573. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.016>.
- Todd, G., & Freshwater, D. (1999). Reflective practice and guided discovery: Clinical supervision. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 8(20), 1383–1389. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.20.1383>.
- Urden, D., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management* (7th ed.). Missouri: Elsevier.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
- World Health Organization (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs) - Key facts*. Acedido a 20 de janeiro de 2022 em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- Zhang, T., & Qi, X. (2021). Greater nursing role for enhanced post-percutaneous coronary intervention management. *International Journal of General Medicine*, 14, 7115–7120. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S337385>.

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO NA VIGILÂNCIA DA PESSOA COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA (SCA) NA MELHORIA DO SEU *OUTCOME* – PROTOCOLO REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Questão de investigação

Quais as intervenções do Enfermeiro na Vigilância, detecção e tratamento precoce da Pessoa com SCA no Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para a melhoria do seu *outcome*?

Palavras-chave

Intervenção do Enfermeiro; SCA; Vigilância; Detecção; Tratamento precoce; SU; UCI; *Outcome*.

INTRODUÇÃO

SCA caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas, relacionados com a oclusão de uma artéria coronária. Pode ser causada por angina instável ou por enfarte agudo do miocárdio (EAM).

A SCA diferencia-se em dois grupos, de acordo com o Eletrocardiograma (ECG). Assim, temos SCA com elevação do segmento ST, em que as pessoas têm dor torácica aguda e elevação persistente do segmento ST, e SCA sem elevação do segmento ST, onde as pessoas tem dor torácica ou não, mas sem elevação do segmento ST (Collet, et al., 2015).

Nas pessoas com SCA sem elevação do segmento ST, o ECG pode apresentar as seguintes alterações: elevação transitória do segmento ST, depressão persistente ou transitória do segmento ST, inversão da onda T, ondas T planas ou pseudo-normalização das ondas T, ou ECG normal. Poderão existir pessoas sem qualquer tipo de sintomas no primeiro contacto com os cuidados de saúde, ou pessoas com isquemia em curso, com instabilidade elétrica ou hemodinâmica ou mesmo com posterior paragem cardíaca (Collet, et al., 2015).

Por outro lado, nas pessoas que apresentam SCA com elevação do segmento ST, habitualmente há uma oclusão coronária aguda total. Estas pessoas desenvolvem um EAM com supradesnivelamento do segmento ST (Collet, et al., 2015). O EAM consiste na lesão no miocárdio, definida como uma elevação dos valores da troponina cardíaca com pelo menos um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência, com necrose/isquemia do miocárdio (Ibanez, et al., 2017). Assim, pessoas com dor torácica persistente ou outros sintomas sugestivos de isquemia, cujo ECG revele EAM com supradesnivelamento do

segmento ST, em pelo menos duas derivações contíguas, têm indicação formal para tratamento imediato através da terapêutica de reperfusão (Ibanez, et al., 2017).

A SCA é a 2ª maior causa de morte em Portugal, responsável por 37% dos óbitos em 2013 em comparação com 20% dos óbitos a nível europeu (Timóteo & Mimoso, 2018), sendo que a mortalidade intra-hospitalar de doentes não selecionados com EAM com supradesnivelamento do segmento ST, nos registos nacionais dos países da Sociedade Europeia de Cardiologia, varia entre 4% e 12%, enquanto a mortalidade a um ano das pessoas com EAM com supradesnivelamento do segmento ST, nos registos de angiografia, é aproximadamente de 10%. O EAM com supradesnivelamento do segmento ST é mais comum numa faixa etária mais jovem, que nos mais idosos e mais comum em homens do que em mulheres (Ibanez, et al., 2017).

Perante esta realidade torna-se importante agir e desenvolver intervenções de enfermagem especializadas a nível intra-hospitalar com vista a melhores *outcomes* para a pessoa com SCA. Entenda-se por melhor *outcome* a diminuição da mortalidade e morbilidade, associada a um processo de doença grave e complexo.

Na presença de pessoa com sintomatologia típica e/ou atípica com suspeita SCA, deve ser realizado de imediato um ECG de 12 derivações. A interpretação do exame por profissional de saúde habilitado o mais precocemente possível, é essencial para facilitar o diagnóstico e encaminhamento adequado, e iniciar a terapêutica dirigida (de reperfusão) necessária de imediato (Ibanez, et al., 2017). Assim, torna-se essencial identificar as pessoas com sintomatologia típica e/ou atípica para que sejam incluídas na Via Verde Coronária, diminuindo o tempo entre o início da sintomatologia, a deteção e o necessário tratamento de reperfusão, melhorando a qualidade dos cuidados e consequentemente a qualidade de vida da pessoa (Ibanez, et al., 2017).

Desde modo, a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa com SCA, quer apresente sintomatologia típica ou atípica assume um papel preponderante e insubstituível. A suspeita de SCA faz parte da avaliação primária da pessoa, porque concorre para uma deteção mais precoce, otimizando assim o acesso ao tratamento de reperfusão definitivo em tempo útil. Não deve, por isso ser subvalorizada a intervenção especializada do Enfermeiro na deteção e vigilância ao longo de todo o processo.

Os cuidados de Enfermagem especializados exigem um desenvolvimento contínuo de competências, de perícia, de acordo com o seu nível de experiência (Benner, 2001). Este desenvolvimento de competências está intimamente relacionado com as várias situações com que o Enfermeiro se depara diariamente na prestação de cuidados e que requerem a mobilização de conhecimentos baseados em evidência científica, conhecimentos empíricos e tácitos, aliados à reflexão e raciocínio crítico, utilizados na resolução de problemas e na tomada de decisão centrada na pessoa (Benner, 2001).

Segundo a mesma autora, o Enfermeiro tem um papel fundamental na função de diagnóstico e vigilância, na detecção e determinação de mudanças significativas, bem como, na antecipação dos problemas e necessidades. Pretende-se desta forma evitar o agravamento do estado da pessoa através da avaliação do potencial de cura e da resposta às diferentes estratégias de tratamento passíveis de serem implementadas, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença (Benner, 2001). Assim, o Enfermeiro perito desenvolve as competências necessárias que o tornam capaz de identificar a sintomatologia típica e/ou atípica da pessoa com SCA o mais precocemente possível. Nesse contexto, é o enfermeiro que de forma proactiva identifica a necessidade de realização precoce de ECG de 12 derivações, bem como a colheita de sangue para análise, diligenciado no sentido de que a identificação precoce resulte no devido encaminhamento, reduzido o tempo para o tratamento definitivo. Desta forma o Enfermeiro contribui decisivamente para a diminuição da lesão isquémica cardíaca definitiva, da morbilidade e da mortalidade na pessoa com SCA.

Na pessoa com SCA, é fundamental uma vigilância efetiva, estando o Enfermeiro alerta para os diversos sinais e sintomas, antecipando eventuais problemas. Segundo Meyer e Lavin (2005), o conhecimento profissional, a vigilância e a comunicação terapêutica são atributos do Enfermeiro inerentes ao cuidar, que melhoram a qualidade dos cuidados e segurança da pessoa alvo dos cuidados. De acordo com a mesma autora, a ação do Enfermeiro, é uma ação informada, em que há uma atribuição do significado, um cálculo dos riscos para antecipar o que pode acontecer, demonstrando sempre prontidão para agir de forma adequada e eficiente ao longo de todo o processo, contribuindo para melhorar os *outcomes* (Meyer & Lavin, 2005).

A vigilância de Enfermagem tem por base o conhecimento e a experiência do enfermeiro, e é esta experiência que determina a pesquisa/identificação de sinais e pistas clínicas significativas, de forma a avaliar riscos inerentes a determinada situação, conduzindo a intervenções de Enfermagem adequadas e eficientes no sentido de diminuir os riscos e responder a possíveis ameaças (Meyer & Lavin, 2005).

A presente RIL permitirá elaborar um mapeamento da evidência existente, do modo como a intervenção especializada do Enfermeiro na vigilância à pessoa com SCA pode melhorar os *outcomes* da mesma. Permitirá também perceber quais as intervenções utilizadas, de que forma são utilizadas, e quais as dificuldades/obstáculos identificados na sua implementação durante a prestação de cuidados, em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos.

No que se refere a este protocolo, uma pesquisa preliminar, no *The Joanna Briggs Institute* (JBI) *EBP Database*, revelou que atualmente não existem protocolos de revisão sistemática publicados ou em progresso, relativos a este tema.

METODOLOGIA

Esta pesquisa terá por finalidade perceber a importância da intervenção especializada do Enfermeiro na vigilância da pessoa com SCA no SU e UCI, constituindo-se assim como questão de investigação, quais as intervenções do Enfermeiro na vigilância da pessoa com SCA no SU e UCI na melhoria do seu *outcome*. Optou-se por não englobar o termo especializado na pergunta de investigação porque o termo especializado, no que diz respeito ao papel dos enfermeiros, é diferente de país para país.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Esta revisão da literatura irá contemplar documentos acerca da importância da intervenção do enfermeiro na vigilância de pessoas em situação crítica com SCA, em unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência, que foquem a importância da sua deteção precoce de forma a permitir um tratamento definitivo o mais rápido possível com vista a melhores *outcomes*. Assim, utilizando a mnemónica PIC(O), define-se: População (P) – Pessoas com SCA com idade superior a 18 anos no SU e UCI; Intervenção (I) – Vigilância, deteção e tratamento; *Outcome* (O) – *Outcome*.

Pessoas com idade superior a 18 anos de idade, são pessoas consideradas adultas na maioria dos países (Carrilho, 2015).

No que diz respeito às fontes de informação, os artigos seleccionados terão de cumprir os critérios de inclusão. Serão incluídos todo o tipo de artigos, e pesquisa será efetuada tendo em consideração todos os documentos publicados e não publicados em base de dados, sem restrições de datas ou idiomas, para minimizar vieses.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão são aqueles que não correspondam aos critérios de inclusão e os artigos sobre os quais não seja possível uma tradução fidedigna, ou que não seja possível aceder ao documento completo.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa será efetuada de acordo com uma estratégia, com o objetivo de encontrar documentos publicados. Subdividida em três passos: Inicialmente, foi feita uma consulta geral

no Google e na plataforma EBSCOhost para identificar artigos relacionados com o tema, analisando as palavras-chave, os resumos e os elementos dos títulos. Procedeu-se também a uma pesquisa na JBI para verificar que não existiam protocolos ou revisões sobre o tema. Desta forma, procurou-se, identificar as palavras-chave (termos naturais) e os termos indexados a serem utilizados na segunda fase da pesquisa, que se apresenta na tabela abaixo.

Num segundo passo, foi efetuada uma pesquisa na CINAHL Complete e na MEDLine Complete utilizando os termos naturais e os termos indexados previamente identificados, que podem ser observados no quadro nº1. Esta pesquisa foi realizada utilizando o operador booleano OR entre os termos de cada componente da mnemónica utilizada (população, intervenção e *outcome*) e posteriormente a palavra booleana AND entre os três. Da pesquisa realizada, resultaram 43 artigos na CINAHL e 123 artigos na MEDLine, com 3 duplicados, num total de 163 artigos.

Depois da análise dos títulos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 68 artigos. Da leitura dos resumos foram excluídos 52 artigos, ficando 16 artigos. Após a leitura integral dos 16 artigos finais, foram selecionados 4.

Na terceira etapa da pesquisa foram analisadas todas as referências bibliográficas dos artigos selecionados e foi incluído mais 1 artigo na revisão.

Esta pesquisa foi realizada no dia 13 de dezembro de 2021, as bases de dados utilizadas foram a CINAHL Complete e MEDLine Complete, acedidas através da plataforma EBSCOhost e o *The Joanna Briggs Institute EBP Database*.

Quadro n.º 1 – Termos de pesquisa

	TERMOS NATURAIS	TERMOS MESH	TERMOS CINAHL
POPULAÇÃO – PESSOA COM SCA; UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS; SERVIÇO DE URGÊNCIA	• Adult • Middle aged • Senior • Elderly • Aged • Old • Aged hospitalized • Acute coronary syndrome • ACS • ACS – NSTEMI	• Adult • Middle aged • Aged, 80 and over • Aged • Acute Coronary Syndrome • Myocardial Infarction • Kounis Syndrome	• Adult • Adult Children • Middle aged • Aged, 80 and over • Aged • Acute coronary syndrome • Myocardial Infarction • Myocardial Ischemia

	• ACS – STEMI • ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION • AMI – STEMI • AMI – NSTEMI • Critical care • Intensive care unit • Accident and emergency • Accident & Emergency • A&E • Emergency service • Emergency department • Emergency service hospital • Emergency Service • Emergency • Emergency care • Emergency treatment • Emergencies • Emergency Patient	• Non-ST Elevated Myocardial Infarction • ST Elevation Myocardial Infarction • Anterior Wall Myocardial Infarction • Inferior Wall Myocardial Infarction • Critical care • Intensive care units • Emergency service hospital • Emergency treatment • Emergencies	• Critical care • Intensive care units • Emergency service • Emergency Patients
INTERVENÇÃO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO; VIGILÂNCIA;	• Nurse intervention • Nursing interventions • Nurse strategies • Nursing strategies • Nurse protocols • Nursing protocols	• Nurses • Nursing • Nurse's Role • Cardiovascular Nursing • Practice Patterns, Nurses'	• Practical Nurses • Nursing Interventions • Nursing Protocols

DETEÇÃO; TRATAMENTO.	• Surveillance • Vigilance • Supervision	• Nursing Assessment • Clinical Protocols • Sentinel Surveillance	• Disease Surveillance • Product Surveillance • Coronary Care Nursing • Pharmacovigilance
	• Detect • Detection	• Limit of Detection	• Lie Detection
	• Treatment • Remedy • Cure • Curing	• Treatment Outcome • Emergency Treatment	• Treatment Outcomes
OUTCOME – Outcome	• Outcome • Outcomes (Health Care) • Quality of life	• Treatment Outcome • Quality of Life	• Outcome Assessment • Outcomes (Health Care) • Quality of Life

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLOGICA

A avaliação da qualidade metodológica é efetuada fazendo uma avaliação crítica de cada síntese de pesquisa selecionada.

Os documentos foram incluídos ou não de acordo com o cumprimento dos critérios previamente estabelecidos. As decisões sobre o sistema de análise para inclusão ou exclusão dos estudos foram tomadas antecipadamente, antes de se iniciar a avaliação crítica.

Esta seleção de documentos, é realizada de acordo com o diagrama PRISMA Statement (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009) (que se coloca na figura n.º 1), mostrando detalhadamente o processo realizado. De salientar que o Mendeley foi utilizado na gestão das referências bibliográficas.

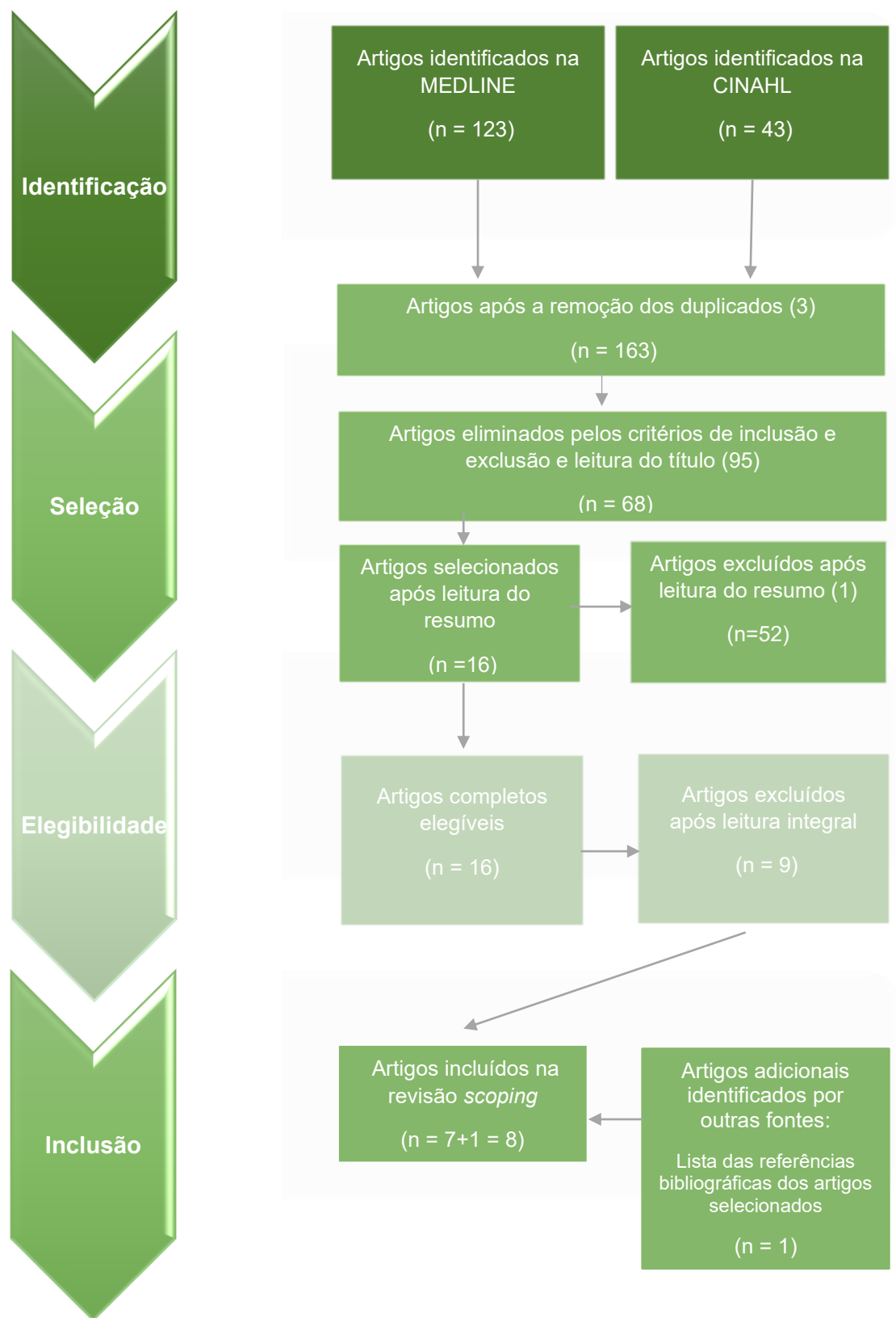


Figura n.º 1 - PRISMA fluxograma do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão do estudo (Adaptado de Moher,et al., 2009)

EXTRAÇÃO DE DADOS

No que diz respeito à extração dos dados, esta será efetuada decorrente dos documentos obtidos de acordo com os critérios de inclusão. Com recurso a uma tabela de acordo com o recomendado pelo The Joanna Briggs Institute (Aromataris & Munn, 2020) serão extraídos os dados, de modo a retirar a informação relevante de cada artigo, para proceder ao seu mapeamento.

Os primeiros quatro artigos foram obtidos através da pesquisa nas bases de dados, tal como referido antes, sendo que o último artigo resultou de uma pesquisa terciária através da análise das referências bibliográficas.

Itens extraídos	Artigo
Jornal	
Título	
Autor (es)	
Ano de publicação	
País de origem	
Metodologia	
Contexto do estudo e duração	
Objetivos	
Método de colheita de dados	
Participantes/Amostra	
Principais resultados	
Conclusões relevantes	
Questões éticas	
Número de referências	

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação dos dados extraídos será feita através de duas tabelas apresentadas em baixo, de acordo com os pressupostos deste protocolo da RIL. Cada item da tabela será acompanhado de um texto descritivo sobre os resultados encontrados, e como eles se relacionam com os objetivos estabelecidos para esta revisão.

	Ano	Tipo de documentos	País	Objetivos
Artigo				

	Metodologia	Resultados e Conclusões	Limitações e Sugestões
Artigo			

REFERÊNCIAS

- Aromataris E., Munn Z. (Editores) (2020). *Manual JBI para síntese de evidências*. JBI. Disponível em <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Ed.
- Carrilho, M. J. (2015). *Crianças e Adolescentes em Portugal*. In Revista de Estudos Demográficos. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=284013038&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt
- Collet, JT., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J., Borger, M. ... Windecker, S. (2015). *Recomendações de 2015 da ESC para o tratamento das síndromes coronárias agudas em doentes que não apresentam elevação persistente do segmento-ST*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: norma APA*. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL. https://www.esel.pt/sites/default/files/guia_b_2020.pdf
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H. ... Halvorsen, S. (2017). Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST. In *Recomendações de Bolso da ESC de 2017*. Disponível em: https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.EAM_STEMI-2017.pdf
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Academia and Clinic Annals of Internal Medicine Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses : Annals of Internal Medicine, 151(4), 264–269
- Timóteo, A. T., & Mimoso, J. (2018). Portuguese Registry of Acute Coronary Syndromes (ProACS): 15 years of a continuous and prospective registry. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(7), 563–573. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.016>

Apêndice II – Cronograma

[illegible]

ANEXOS

Anexo I - Curso de Suporte Avançado de Vida



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Andreia Raquel Lopes Catarino, nascido(a) a 17-06-1988, em Couço, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 13455789, concluiu com aproveitamento, em 01-05-2021, o Curso de Formação Profissional.

SAV Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 30-04-2021 a 01-05-2021, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 17.7 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 17-05-2021



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 003-1.2-0312/15517/24731/2021

Válido até Maio de 2026

**Anexo II - Curso de Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado
de Vida em Trauma**



Continuing Education Certificate
Society of Trauma Nurses

**Advanced Trauma Care
for Nurses®**
Student Course

LISBOA

22 e 23 de julho de 2021

ANDREIA RAQUEL LOPES CATARINO

Cândida Durão
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing. Provider Number CEP 11062 This course has been approved for 25 hours of credit.

Anexo III - 1^{as} Jornadas de Cardiopneumologia na Urgência



1^{as} JORNADAS CARDIOPNEUMOLOGIA NA URGÊNCIA-CHULC

CERTIFICADO

Certifica-se que

Andreia Catarino

Participou nas 1^{as} Jornadas de Cardiopneumologia na Urgência, realizadas a 27 de Novembro de 2021, no Hospital de São José, em Lisboa.

Maria Eduarda Capitão

Maria Eduarda Capitão
(Presidente das Jornadas)

Paulo Franco

Paulo Franco
(Coordenador da Cardiopneumologia
CHULC)

**Anexo IV – Abordagem Urgente ao Doente com Enfarte Agudo do
Miocárdio”**



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANDREIA RAQUEL LOPES CATARINO** frequentou a **Ação de Formação** **"Abordagem Urgente ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio"**, integrada no projecto "Formar para o Coração", realizada no dia **20 de Novembro de 2021**, com a duração total de **7 horas**.

Lisboa, 11 de Janeiro de 2022

PA Área de Gestão da Formação

MANUELA BRIOSO
Área de Gestão da Formação
CHULC, EPE

Declaração N.º 10875/2021/LL

URGÊNCIA GERAL/HSJ

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

**Anexo V - *WEBINAR*, - “Formação, Investigação e Exercício
Profissional”**

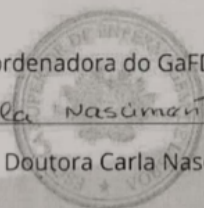
Certificado

Certifica-se que Anabela Raquel Lopes Patricino participou no Webinar do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso "**Formação, Investigação e Exercício Clínico**", realizado online no dia 10 de novembro de 2021, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



**Anexo VI - 1º Congresso Internacional - "O Cuidado Centrado
no Cliente e nos Padrões de Qualidade"**

1º CONGRESSO INTERNACIONAL

"O CUIDADO CENTRADO NO CLIENTE E NOS PADRÕES DE QUALIDADE"

7
OUTUBRO
2021

CERTIFICADO

Certifica-se que Anelise Raquel Lopes Palmino participou no 1º Congresso Internacional "O Cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade", realizado na modalidade webinar no dia 07 de outubro de 2021, com a duração de 8h.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento