



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

**Autocuidado na Pessoa em Situação Crítica com
Insuficiência Cardíaca: intervenção especializada do
enfermeiro**

Anabela Ribas Figueira Lopes

**Lisboa
2021**



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

**Autocuidado na Pessoa em Situação Crítica com
Insuficiência Cardíaca: intervenção especializada do
enfermeiro**

Anabela Ribas Figueira Lopes



Orientador: Professora Doutora Carla Alexandra Fernandes do
Nascimento



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“É parte da cura o desejo de ser curado”
(Sêneca)

AGRADECIMENTO

Um agradecimento especial às minhas amigas Cristina, Lia e Sofia que me ancoraram e encorajaram durante todo este percurso.

Ao meu “anjo da guarda” por me ter inspirado a prosseguir a demanda, pela sua disponibilidade para discutirmos e aprendermos... uma referência e um amigo.

À Professora Doutora Carla Nascimento pela sua dedicação e mestria na orientação.

Quero também expressar o meu carinho pelos meus pais e madrinha pela capacidade de simplificar os acontecimentos, por todo o apoio, ternura e motivação com que me brindaram.

A todos, estou grata!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – *American Psychological Association*

ACC/AHA – The American College of Cardiology/ The American Heart Association

BIS – Índice Bispectral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

CNA - *Canadian Nurses Association*

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IC – Insuficiência Cardíaca

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NYHA – *New York Heart Association*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

A Insuficiência Cardíaca revela-se um problema de saúde pública com grande incidência, estando associada a uma elevada mortalidade e morbidade. É uma síndrome clínica que tem origem numa anomalia do funcionamento cardíaco. Essa condição provoca um conjunto de sintomas com impacto no bem-estar físico e psicológico da pessoa que dela sofre. Sendo uma patologia de evolução progressiva, causa barreiras à capacidade funcional da pessoa, gerando limitações no autocuidado da mesma na sua vida diária (Monteiro, Guia & Brás, 2018; Kemp & Conte, 2012).

O presente relatório de estágio tem como objetivo geral adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa com insuficiência cardíaca, tendo como referencial teórico de enfermagem a Teoria do Déficit de Autocuidado (Orem, 2001). O documento apresenta o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências para a obtenção do grau de mestre.

A Revisão Integrativa da Literatura foi a linha metodológica que possibilitou identificar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca, determinando como objetivos específicos do estágio: consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e/ou em risco de falência orgânica e família; adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e família no contexto de Serviço de Urgência e adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e/ou falência orgânica e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

Apura-se que o cuidado de enfermagem por meio da intervenção apoio-educação promove o autocuidado no desígnio individual, mas também fomenta a literacia em saúde, contribuindo para a redução das readmissões hospitalares e menores custos em saúde, fomentando a qualidade dos cuidados prestados (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016; Silva, Carvalho & Guedes, 2020).

Palavras-chave: autocuidado; insuficiência cardíaca; intervenção de enfermagem

ABSTRACT

Heart failure proves to be a public health problem with high incidence, which is associated with high morbidity and mortality. It is a clinical syndrome caused by a cardiac functioning anomaly. This condition leads to signs and symptoms that cause changes in the physical and psychological well-being of the person who suffers from it. As a disease of progressive evolution, it causes barriers to the person's functional capacity, generating limitations in self-care in their daily life (Monteiro et al., 2018; Kemp & Conte, 2012).

Thus, this internship report aims to acquire and develop specialized nursing skills in providing care to people with heart failure, having as a theoretical reference of nursing the Self-Care Deficit Theory (Orem, 2001). The document presents the path of acquisition and development of skills to obtain a master's degree.

The Integrative Literature Review was the methodological line that made it possible to identify the nursing interventions that promote the self-care of the person in critical situation with heart failure, determining as specific objectives: Consolidate nursing skills in providing care to person in critical situation with heart failure as well as to the person at risk of organ failure and family; develop specialized nursing skills in providing care to person in critical situation with heart failure and family in the context of emergency and acquire and develop specialized nursing skills in providing care to person in critical situation with heart failure and family in the context of Critical Care Unit.

It is found that nursing care through the support-education intervention, using strategies such as teaching, promotes the self-care in the individual design, but also promotes health literacy, contributing to a reduction in hospital readmissions and lower health costs, improving the quality of care provided (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016; Silva, Carvalho & Guedes, 2020).

Key words: self-care; heart failure; nursing intervention

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1.1 A Pessoa com Insuficiência Cardíaca	23
1.2 O Autocuidado como foco de intervenção de Enfermagem	25
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS...33	
Estágio I - Serviço de Urgência Geral.....	33
Estágio II - Unidade de Cuidados Intensivos	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS.....	65

APÊNDICES

APÊNDICE I - Revisão Integrativa da Literatura

APÊNDICE II - Guia para elaboração de notas de enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

APÊNDICE III - Plano de Formação da Sessão

APÊNDICE IV - Póster Científico apresentado no *VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem*

APÊNDICE V - Certificado da Participação de Comunicação tipo Póster apresentado no *VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem*

ANEXOS

ANEXO I - Certificado De Participação *Webinar DigiNurse*

ANEXO II - Certificado De Participação *Webinar Heart Team*

ANEXO III - Certificado De Participação no *VIII Congresso Internacional Virtual Ibero-americano de Enfermagem*

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência	35
Quadro 2 - Objetivos e atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos	50

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do presente relatório de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Este documento espelha a conceção de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências com a finalidade de obtenção do grau de mestre. As mesmas estão em congruência com as estipuladas no plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010), as determinadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Decreto de Lei nº 65/2018, de 16 de agosto de 2018), bem como as competências presentes nos Regulamentos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019, de 16 de fevereiro de 2019), Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (Regulamento 429/2018, de 16 de julho de 2018), preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e ainda com as competências de Enfermagem Avançada (Canadian Nurses Association [CNA], 2008).

A escolha da temática desenvolvida emergiu pelo facto de a pessoa com insuficiência cardíaca (IC) ser uma realidade frequente no Serviço de Urgência (SU) onde sou enfermeira. Pude constatar que a mesma apresenta défice no seu autocuidado, não só devido ao conjunto de sintomas que manifesta, que condicionam limitações à sua capacidade funcional, mas também pelo escasso conhecimento que tem sobre a patologia. Pude ainda observar que a maioria das descompensações clínicas se devem a uma gestão ineficaz da terapêutica. Manifesta-se assim a minha inquietação ao reconhecer a importância de ajudar a pessoa a promover o seu autocuidado, pois de acordo com Silva et al. (2020), existe uma correlação direta entre a prática de comportamentos de autocuidado, com a redução das re-hospitalizações decorrentes da descompensação da IC. Considerei ainda pertinente abordar o autocuidado na área da PSC, pois sendo um conceito transversal a todo o ser humano, reconhece-se também a sua relevância estando preconizado como um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem pela OE (Regulamento nº361/2015, de 26 de junho de 2015). Na procura permanente pela qualidade e excelência dos cuidados, a promoção do autocuidado é um desafio que requer no cuidado de enfermagem a identificação de barreiras e fatores facilitadores, bem como a conceção e implementação de estratégias adaptativas.

Os autores Benner, Kyriakidis e Stannard (2011), definem a Pessoa em Situação Crítica (PSC) como alguém é incapaz de assegurar de forma autónoma a sua estabilidade fisiológica, ou se encontra numa situação de doença, com elevado risco de rapidamente desenvolver instabilidade, podendo assim comprometer a vida da mesma. De acordo com Marques, Lopes, Rebola e Pequito (2016), a monitorização da pessoa com IC deve ser permanente “dada a volatilidade da situação e o risco de alteração rápida” da situação clínica (p.441), podendo assim, a pessoa com IC evoluir para a condição de PSC.

Desta forma, senti a necessidade de desenvolver estratégias que pudessem enriquecer e melhorar a minha prática de cuidados para a promoção do autocuidado na pessoa com IC. Por forma a orientar o meu pensamento e ação, adotei como teoria de enfermagem a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001).

De acordo com Benner (2001), é notória a importância de complementar a teoria ministrada na formação académica com a diversidade de situações reais nos contextos de estágio. Segundo Boterf (2006), uma das dimensões de competência é a capacidade de distanciamento, isto é, quando o profissional é capaz de refletir a sua prática. Sendo capaz além de agir, explicar as razões intrínsecas para desenvolver essa ação. Entende-se assim que a reflexão crítica da prática clínica contribui para o desenvolvimento de competências. Deste modo, o percurso experiencial de aquisição e desenvolvimento de competências que apresento sustenta uma prática especializada na área da PSC com IC, ancorado no Modelo da Aquisição de Competências de Dreyfus adaptado por Benner (2001).

Face ao exposto, o presente relatório tem como objetivo geral: adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa com insuficiência cardíaca e objetivos específicos:

- consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e/ou em risco de falência orgânica e família;
- adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e família no contexto de serviço de urgência;
- adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência

cardíaca e/ou falência orgânica e família em contexto de unidade de cuidados intensivos.

No que respeita à estrutura deste documento, o mesmo está organizado em três partes. Primeiramente surge o enquadramento teórico onde é realizada uma contextualização sobre a pessoa com IC. Destacando-se o autocuidado como foco no cuidar de enfermagem, ancorado sob o olhar da teoria de enfermagem de Dorothea Orem – a Teoria do Déficit do autocuidado onde se evidencia e destaca a intervenção de enfermagem de apoio-educação. O segundo capítulo espelha a análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências que os diferentes contextos de estágio me proporcionaram. E por fim, as considerações finais.

A elaboração deste relatório de estágio teve por base as normas para elaboração de trabalhos da ESEL e as referências bibliográficas de acordo com a 7ª edição da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, nos quais se desenvolve a temática do autocuidado à pessoa com IC tendo por base a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Este construto foi conseguido através de pesquisa bibliográfica, que sustentou a prática nos contextos de estágio, que proporcionou a aplicabilidade de um conhecimento atualizado e fundamentado na tomada de decisão clínica, contribuindo para uma Prática Baseada na Evidência (PBE) (Danski, Oliveira & Pedrolo, 2017). Também a realização da Revisão Integrativa da Literatura (RIL) foi uma metodologia que possibilitou a identificação de intervenções de enfermagem promotoras de autocuidado à pessoa com IC.

1.1 A Pessoa com Insuficiência Cardíaca

A IC é uma síndrome clínica, resultante da reduzida capacidade do coração fornecer um fluxo sanguíneo suficiente para satisfazer as necessidades da metabolização tecidual, sendo considerada como o último estadió das doenças cardiovasculares (Marques et al., 2016).

Revela-se um grave problema de saúde pública, a nível mundial, não só por atingir um elevado número de pessoas, mas também por estar associada a elevada morbilidade e mortalidade (Kemp & Conte, 2012). De acordo com Fonseca (2017), a IC atinge 1-3% da população adulta da Europa, afirmando que é expectável que um em cada cinco adultos possa sofrer de IC. No contexto nacional, de acordo com o estudo de Marques et al. (2016) a IC atinge mais de 260 mil pessoas, constituindo elevados encargos económico-sociais. Com estes dados concordam Fonseca, Brás, Araújo, e Ceia (2018), que no seu estudo estimam que a prevalência de IC em Portugal aumente em cerca de 30% em 2035 e 33% em 2060.

Esta patologia caracteriza-se por sinais e sintomas característicos, tais como edema, fadiga, tosse, dispneia com evolução progressiva podendo mesmo manifestar-se em repouso, ortopneia, intolerância progressiva a esforços, ascite, alterações imagiológicas e elevação das pressões pulmonar e venosa sistémica, podendo comprometer a vida da pessoa (Kemp & Conte, 2012; Marques et al., 2016; Ponce, 2012). A sua etiologia é multifatorial, desde a doença cardíaca isquémica, considerada a causa mais comum da IC, a hipertensão, doenças valvulares, pericardite, miopatias, arritmias, hábitos etanólicos, tabagismo, obesidade e diabetes (Ponce, 2012).

Em concordância com as *guidelines* para o diagnóstico e o tratamento da IC aguda e crônica, esta patologia pode ser classificada de duas formas distintas. De acordo com o grau de limitação imposto pela doença na realização das atividades do cotidiano, utilizando a classificação da *New York Heart Association* (NYHA), ou tendo por base a progressão da doença, utilizando a classificação da *The American College of Cardiology/ The American Heart Association* (ACC/AHA) (Ponce, 2012; Ponikowski et al., 2016). Esta última divide-se em quatro fases (A, B, C e D), sendo que na fase A existe risco de desenvolver IC, não existindo ainda sinais ou sintomas. Na fase B, existe doença cardíaca ainda sem manifestação de sintomatologia. A fase C é caracterizada pelo aparecimento de sintomas, e por fim, na fase D a doença cardíaca já é avançada, com a existência de sintomas em repouso. No que respeita à classificação funcional NYHA, esta divide-se em quatro classes (I, II, III e IV), sendo que na classe I, as atividades não provocam fadiga, enquanto que na classe IV, a sintomatologia está presente até em repouso e perante a realização de atividade o desconforto aumenta (Ponce, 2012).

Relativamente ao tratamento o objetivo é o controlo sintomático e estabilização do quadro clínico. As estratégias para o tratamento variam de acordo com a progressão da patologia e englobam a abordagem farmacológica, medidas não-farmacológicas, implantação de dispositivos elétricos, sistemas de assistência circulatória mecânica e transplante cardíaco (Ponikowski et al., 2016).

De acordo com Marques et al. (2016) o autocuidado é estratégia indispensável para o tratamento não farmacológico da doença, na medida em que a sua prática diária possibilita resultados a médio e longo prazo, melhorando os *outcomes* da pessoa com IC. Os mesmos autores afirmam que a pessoa com IC é particularmente vulnerável não só por esta ser uma patologia de evolução progressiva, provocando limitações funcionais, mas também pelo facto de possuir concomitantemente outras patologias associadas. Contribuindo também para essa vulnerabilidade, surge a dificuldade na aquisição de suporte socio-emocional e baixa literacia relativamente à patologia. Tais fatores condicionam o seguimento das recomendações, a tomada de decisão e o entendimento sobre a influência da adoção das medidas de tratamento no controlo da IC, provocando assim obstáculos ao autocuidado da pessoa que dela sofre (Marques et al., 2016).

A enfermagem pelo contacto permanente no cuidar, possui oportunidade ímpar para liderar a promoção do autocuidado à pessoa com IC. Considera-se essa

intervenção complexa não só pelas diferentes e singulares necessidades de cada pessoa, potencialidades e barreiras ao autocuidado, bem como a individual resposta aos sinais e sintomas, dificultando a monitorização dos mesmos (Marques et al., 2016). Em concordância, Cavalcante et al. (2018) afirmam que as características sociodemográficas como a idade, o sexo, rendimento familiar e estado civil influenciam as práticas de autocuidado. Assim, a enfermagem deverá colocar a pessoa com IC no centro do cuidar e expandir a sua intervenção à família, isto é, a unidade social composta de pessoas interligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2011). Deve valorizar a experiência singular relativamente à doença, identificar sentimentos, expectativas e o nível prévio de conhecimento da pessoa e assim individualizar as necessidades educativas, adequando a informação e linguagem em função das capacidades da mesma (McCormack & McCance, 2006). Tendo como objetivo estabelecer uma relação de parceria no cuidar e desenvolver um plano de intervenção apropriado à pessoa que promova a adesão ao seu autocuidado.

Assim, no cuidado à pessoa com IC o enfermeiro perito deve mobilizar além das competências técnico-científicas, competências humanas por forma a melhorar os *outcomes* da mesma. Fonseca et al. (2018) acrescentam ainda que a IC causa repercussão não só a nível da pessoa enquanto ser individual, como também a nível da sociedade, pelo impacto económico devido às re-hospitalizações e à morbimortalidade que lhe estão adjacentes. Neste sentido, é de importância basilar o estímulo de comportamentos de autocuidado na pessoa com IC, influenciando positivamente a sintomatologia, contribuindo para a redução das re-hospitalizações e reduzindo o seu impacto a nível económico (Marques et al., 2016).

1.2 O Autocuidado como foco de intervenção de Enfermagem

Na CIPE (2011), o autocuidado é considerado um foco de atenção relevante para a enfermagem, sendo definido como uma atividade realizada pelo próprio, por forma a manter-se efetivo para lidar com as suas necessidades individuais e com as atividades de vida diária. O conceito de autocuidado, segundo Dorothea Orem, é a prática de atividades que a pessoa realiza deliberadamente para seu benefício por forma a manter a saúde, a vida e o bem-estar (Orem, 2001). De acordo com Petronilho (2012), o autocuidado é um conceito que está associado a autonomia, independência e responsabilização pessoal, revelando-se assim fundamental promover

comportamentos de autocuidado na população. Com a finalidade de reduzir o impacto que o envelhecimento populacional e os processos de doença causam no sistema financeiro e social, as políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização e envolvimento ativo das pessoas nas decisões sobre a sua saúde. Para Petronilho (2012), o autocuidado é um fenómeno que possibilita a pessoa a desenvolver de forma eficaz o seu potencial para a saúde, sendo capaz de dar resposta às suas necessidades, com ou sem ajuda dos profissionais de saúde.

Na enfermagem, o fenómeno do autocuidado é concetualizado na perspetiva da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem que é constituída por três teorias que se relacionam entre si: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado (núcleo da teoria) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

De acordo com a Teoria do Autocuidado, o mesmo surge como o cuidado pessoal por forma a regular o funcionamento e desenvolvimento. Sendo definidos três requisitos de autocuidado, isto é, grupos de necessidades identificados pela teórica: i) universais, comuns a todos os seres humanos durante o ciclo da vida; ii) de desenvolvimento, estando associados a algum evento, situação ou condição do processo de desenvolvimento, nas diferentes fases do ciclo da vida e iii) desvios de saúde, exigidos em condições de doença ou lesão. É no comprometimento de algum dos requisitos supracitados que se manifesta o défice de autocuidado.

Na Teoria do Défice de Autocuidado, a autora esclarece a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. O défice de autocuidado pode surgir quando a pessoa necessita de ajuda para recuperar de doença/lesão, por diminuição da sua habilidade ou aumento da necessidade para satisfazer o seu autocuidado. A intervenção de enfermagem é necessária quando a necessidade da pessoa é superior à sua capacidade de autocuidado. Por forma a que a intervenção de enfermagem minimize os efeitos desse défice, no modelo proposto por Orem são identificados cinco métodos de ajuda, que podem ser usados de forma isolada ou conjugada na intervenção da enfermagem, sendo os mesmos: 1) agir ou fazer pela pessoa, 2) guiar e orientar, 3) proporcionar apoio físico e psicológico, 4) proporcionar ambiente de apoio ao desenvolvimento e 5) ensinar (Orem, 2001).

Por fim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem determina como a pessoa é ajudada pela ação da enfermagem, tendo por base as necessidades e as capacidades da mesma para desempenhar as atividades de autocuidado. Assim, Orem (2001) identificou três classificações de sistemas de enfermagem por forma a satisfazer os

requisitos de autocuidado: i) totalmente compensatório – quando a pessoa é totalmente dependente de outros para garantir a sua existência e bem-estar; ii) parcialmente compensatório – a enfermagem compensa as limitações do autocuidado, no entanto a pessoa também é capaz de desempenhar algumas das medidas; iii) apoio-educação, no qual a pessoa consegue efetuar ou pode e deve aprender a executar todas as ações de autocuidado. Carecendo de ajuda para a tomada de decisão, aquisição de conhecimento e habilidades, deste modo, a enfermagem concebe a pessoa como um agente efetivo do autocuidado.

Face ao exposto, e tendo em consideração a teoria anteriormente apresentada, a pessoa com IC apresenta requisitos de autocuidado por desvio de saúde, estando assim comprometida a sua capacidade para se autocuidar, quer seja pelas limitações funcionais impostas pela patologia, ou pela necessidade de aquisição de conhecimentos face à mesma. Assim, e de acordo com Orem (2001), esta pessoa carece de assistência na tomada de decisão, no controle do comportamento e na aquisição de conhecimento e habilidades.

Al-Sutari e Ahmad (2017) afirmam que a intervenção educativa tem resultados no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado na pessoa com IC. Segundo a *middle-range theory of self-care of chronic illness* de Riegel, Jaarsma e Stromberg (2012), o envolvimento da pessoa no autocuidado inclui comportamentos: de autocuidado de manutenção, autocuidado de monitorização e o autocuidado de gestão. De acordo com os autores supracitados, os comportamentos de manutenção promovem o bem-estar e a saúde, preservando a estabilidade clínica. Consideram-se comportamentos de monitorização os que envolvem a observação e identificação de sinais e sintomas, ou seja, é um processo de vigilância do corpo. Os comportamentos de gestão implicam o reconhecimento e interpretação dos sinais e sintomas, avaliando a sua evolução com eventual necessidade de uma intervenção especializada.

As intervenções de enfermagem identificadas na realização da RIL, no sentido de promover tais comportamentos agruparam-se em três categorias: i) intervenções educativas, comum a todos os estudos, que envolveram a explicação da fisiopatologia da IC, dieta, importância da atividade física e hábitos de vida saudáveis, vacinação, monitorização de peso e de sintomas, bem como a identificação de sinais de alerta; ii) intervenções de suporte, que incluíram o apoio psicológico, a escuta ativa, tranquilizar, aconselhar, controlo de sintomas depressivos e ansiedade e iii) intervenções cognitivo-comportamentais, que abrangem a responsabilização da

pessoa, identificação e gestão de barreiras na adesão aos comportamentos de autocuidado, identificação de necessidades individuais. A motivação pessoal e a autoconfiança foram também identificadas nesta última categoria.

Para implementação das intervenções identificadas diversas estratégias foram utilizadas, nomeadamente: distribuição de panfletos informativos, partilha de informação verbal/escrita, utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), elaboração de plano de cuidados individualizado, visitas domiciliárias, identificação de recursos e apoios presentes na comunidade e inclusão da família. A realização da RIL possibilitou a procura de evidência científica atualizada, permitindo mobilizar os conhecimentos adquiridos e fundamentar a tomada de decisão na prática clínica.

A educação para o autocuidado revela-se tão importante que é abordada em documentos que regem a profissão de enfermagem. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, postula que a Enfermagem tem como objetivo a prestação de cuidados à Pessoa, de forma a que esta mantenha, melhore ou recupere a sua saúde, auxiliando-a a atingir a sua capacidade funcional máxima (Decreto de Lei nº161/96, de 4 de setembro de 1996). No Artigo 5º do mesmo documento, em concordância com a Teoria do Défice do Autocuidado, os cuidados de enfermagem devem ser prestados de acordo com a dependência da pessoa, sendo que devem incorporar a transmissão de informação que pretenda “mudança de comportamento para aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde” (p. 2960). Também no Artigo 9º, são consideradas como intervenções autónomas de enfermagem as “ações realizadas sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, seja na prestação de cuidados ou no ensino” (p. 2961). Face ao exposto, a intervenção educativa à Pessoa é uma obrigação profissional da enfermagem, seja na promoção e manutenção da saúde, bem como na readaptação nos processos de desvios de saúde. Revela-se assim fundamental que os enfermeiros deem resposta a esse compromisso, devendo a educação para o autocuidado integrar as intervenções de enfermagem no exercício profissional, recorrendo ao ensino como método de ajuda nessa intervenção. De acordo com Orem (2001), o apoio, a orientação e a promoção de um ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem são também estratégias sólidas que os enfermeiros devem combinar.

Gonçalves e Albuquerque (2014) afirmam que a intervenção educativa de enfermagem deve ser direcionada à pessoa com IC e família com a intenção de

promover o autocuidado e ajudar a pessoa a enfrentar da melhor forma as complicações associadas à evolução da patologia. Segundo Quezia, Frossard, e Queluci (2010), a educação para o autocuidado é definida como um processo que melhora o conhecimento e habilidades da pessoa e procura influenciar as suas atitudes, por forma a manter um comportamento adequado no que respeita à sua saúde. Oliveira et al. (2020) reiteram que o objetivo é aconselhar, informar e ensinar a pessoa sobre a saúde e a doença, bem como sobre o impacto do comportamento pessoal e estilos de vida, visando influenciar e produzir mudanças nos mesmos. De acordo com Aliti, Rabelo, Domingues, e Clausell (2007) fornecer informação é essencial, no entanto, *per si*, não é suficiente para garantir uma mudança de comportamento. Assim, os mesmos autores, defendem que a enfermagem deve dirigir a sua intervenção educativa não só para o que a pessoa deve saber, mas também para o que a pessoa deve fazer para ter saúde. Afirmam então que o processo de educação envolve cinco etapas: i) avaliação do conhecimento prévio, da cognição, das atitudes e motivação da pessoa; ii) identificação do que ensinar, identificando potenciais barreiras; iii) planeamento do conteúdo da educação, participação ativa da pessoa, para definir objetivos individuais e escolher as melhores intervenções para alcançá-los; iv) planeamento do modo como a educação será fornecida; v) avaliação do processo de educação instituído. Estas premissas articulam-se com os sete domínios nos cuidados (Benner, 2001), transversais aos diferentes estádios, entre os quais a função de educação e guia que encaminha para a educação da pessoa. Para Benner (2001), o enfermeiro perito enquadra a pessoa sobre o que esperar, adequa o praticável, corrige interpretações erradas, aconselha e oferece explicações, considerando também os próprios saberes da pessoa, que poderão ser uma ajuda na promoção da saúde.

A educação para o autocuidado desenvolve-se através da comunicação, tornando-se fundamental que o enfermeiro desenvolva habilidades comunicacionais. Oliveira et al. (2020) sustentam ainda que a comunicação é um processo intencional. Para Almeida (2019), a comunicação é essencial à interação entre o enfermeiro e a pessoa por forma a atingir objetivos terapêuticos. Esta autora advoga que os profissionais de saúde devem ter conhecimento de técnicas de comunicação em saúde, no sentido de se tornarem mais habilitados a comunicar, estimulando a pessoa a participar nos assuntos relacionados com a sua saúde, reforçando a compreensão e tomada de decisão da mesma. Para tal, Almeida (2019) descreve o Modelo ACP

que integra de uma forma agregada e interdependente a utilização de competências de Assertividade, Clareza e Positividade, como sendo uma das técnicas de comunicação em saúde que possibilita ao profissional uma visão holística e profunda da pessoa. Refere também a técnica de *teach-back*, que consiste em solicitar à pessoa que fazendo uso das suas próprias palavras, descreva novamente o que precisa de saber/ fazer sobre a sua saúde. Esta é uma estratégia também descrita por Anderson, Leister, e Rego (2020), que permite aos profissionais de saúde promoverem uma comunicação eficaz com a pessoa melhorando os *outcomes* da mesma, através de um melhor conhecimento e compreensão da patologia bem como na adesão ao tratamento, contribuindo para a redução das re-hospitalizações.

O cuidado à pessoa na área da saúde está no âmago do cuidar de enfermagem, sendo notória a sua relevância social. O Artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros enuncia que o enfermeiro tem o dever para com a comunidade de promover a saúde, proporcionando o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais para o autocuidado no que respeita ao bem-estar e saúde, através da melhoria da informação, educação e promoção de estilos de vida saudáveis com um fim comum: melhorar a qualidade de vida da população e comunidade (OE, 2015). Assim a intervenção de apoio-educação revela-se basilar, pois não apenas promove o autocuidado isto é, a capacidade de a pessoa cuidar de si própria, mas também promove a literacia em saúde, que é um conceito que abrange além da componente pessoal, também a componente social da pessoa, melhorando os ganhos em saúde (Pedro et al., 2016).

No estudo realizado por Pedro et al. (2016), a população portuguesa apresenta um nível de literacia em saúde inadequado no que respeita à dimensão dos cuidados de saúde, da prevenção da doença e promoção da saúde, sendo um fator de risco para diversas doenças nomeadamente as cardiovasculares, estando também associada a um número elevado de hospitalizações. Os mesmos autores reiteram que a literacia em saúde é o caminho para a melhoria e qualidade dos cuidados, sendo cada vez mais uma preocupação das políticas em saúde. Pedro et al. (2016) citam Kickbusch et al. (2005), na definição de literacia em saúde pois consideram essa definição a mais completa e integradora, como sendo: a capacidade para tomar decisões fundamentadas no decorrer da vida do dia-a-dia, seja em casa, no local de trabalho ou na comunidade na utilização de serviços de saúde e no contexto político.

Face ao exposto, considera-se que a intervenção de enfermagem apoio-educação à pessoa com IC, promove a saúde da mesma e melhora as suas habilidades de autocuidado, pois permite-lhe deter mais ferramentas para a tomada de decisão relativamente ao seu estado de saúde. Ficando habilitada, na sua componente individual, a prevenir a doença, promover a saúde e gerir complicações. No que respeita à sua esfera social contribui para a redução das readmissões hospitalares, com impacto no sistema financeiro de saúde (Pedro et al., 2016).

De acordo com o Regulamento nº361/2015 de 26 de junho de 2015, o autocuidado é um indicador da qualidade dos cuidados de Enfermagem à PSC. Atendendo à melhoria contínua da qualidade dos cuidados como Competência Comum do Enfermeiro Especialista presente no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, entende-se a educação para o autocuidado uma intervenção especializada de enfermagem. Podemos ainda concluir que a promoção do autocuidado, é uma prática de enfermagem avançada, pois tem como foco a prestação de cuidados centrados na pessoa e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (CNA, 2008).

Atendendo ao autocuidado ser foco central na intervenção de enfermagem nos diferentes contextos, seguidamente, no segundo capítulo, descrevo e analiso a minha intervenção no decorrer dos estágios. Os pressupostos teóricos apresentados ancoraram o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A reflexão intencional da prática clínica é reconhecida por Peixoto e Peixoto (2016) como uma habilidade indispensável para a aprendizagem profissional e desenvolvimento de competências. Em harmonia, Benner (2001) afirma que a prática reflexiva potencia o desenvolvimento pessoal de competências, contribuindo para uma melhoria dos cuidados de enfermagem.

Assim, neste capítulo apresento uma reflexão do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências que sustentam uma prática especializada na área da PSC com IC em contexto de SU e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Pretendo espelhar a conceção dos novos saberes e aprendizagens alcançados nos contextos referidos, sustentados por pesquisa bibliográfica orientadora da ação, no suporte e partilha de saberes das equipas multidisciplinares de cada contexto, bem como no exercício da prática reflexiva.

No que respeita à estrutura do exercício crítico-reflexivo, a mesma é elaborada de acordo com os objetivos específicos estabelecidos, descrevendo as atividades desenvolvidas por forma a dar resposta aos mesmos, bem como às competências intrínsecas ao Curso de Mestrado.

Estágio I - Serviço de Urgência Geral

Os SU são considerados serviços multiprofissionais e multidisciplinares com a finalidade de prestarem cuidados de saúde em qualquer situação de urgência e emergência (Despacho nº11/2002 de 6 de março de 2002). De acordo com os seus recursos e capacidade de resposta, são categorizados em três níveis: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho nº10319/2014 de 11 de agosto de 2014). O SU em questão caracteriza-se pela sua elevada diferenciação técnica e polivalência, integrando a Rede Nacional de Urgência e Emergência na tipologia de Polivalente com Centro de Trauma (Despacho nº13427/2015 de 20 de novembro de 2015). No que diz respeito à caracterização física é constituído por quatro postos de triagem, salas de espera, a zona dos balcões, quatro salas de emergência, uma das quais preparada para receber situações de traumatologia e cinco salas de observação com capacidade total para 21 pessoas, assegurando uma monitorização e vigilância

contínuas. Devido à pandemia por SARS-COV-2, houve necessidade de remodelar o espaço físico e conceber duas áreas distintas: uma que dá resposta a ocorrências de urgência não respiratória e uma outra reservada a situações de sintomatologia suspeita de infecção de COVID-19. Relativamente à equipa de enfermagem, a mesma é constituída por 146 enfermeiros, sendo que 28 são especialistas, dos quais 25 na área da PSC, dois na área da Reabilitação e um na área da Saúde Mental. O enfermeiro especialista é o profissional que possui conhecimentos e habilidades, capaz de as mobilizar para atuar em todos os contextos de vida da pessoa. Sendo-lhe reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados em enfermagem, será fundamental o adequado número destes profissionais no SU (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019). Perante os números apresentados, verifica-se que o número de enfermeiros especialistas por equipa é inferior ao recomendado tendo em consideração o descrito no Artigo 21º do Despacho n.º10319/2014 de 11 de agosto de 2014, que apresenta um mínimo de 50% dos enfermeiros com competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC por cada equipa em contexto de urgência. A distribuição de recursos humanos pelos setores é da responsabilidade do chefe de equipa, podendo o mesmo mobilizar elementos ao longo do turno, de acordo com as necessidades do serviço, por forma a garantir uma prestação de cuidados com qualidade e segurança.

Seguidamente, passo a descrever de forma refletida as atividades desenvolvidas que permitiram alcançar os objetivos específicos a que me propus.

Quadro 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência

Objetivos Específicos	Atividades
a) Consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e/ou em risco de falência orgânica e família	- Conhecer a organização e dinâmica do serviço de urgência, integrar a equipa multidisciplinar e consultar normas e protocolos - Colaborar com a equipa na prestação de cuidados adequados à Pessoa em Situação Crítica, gerindo tempo e prioridades, incluindo situações de reanimação - Realizar transporte da Pessoa em Situação Crítica - Assistir ao <i>webinar</i> “Transporte do doente crítico em tempos de SARS-COV-2” - Realizar estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação - Colaborar na promoção da qualidade e da segurança dos cuidados prestados
b) Adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e família no contexto de serviço de urgência	- Gerir a comunicação com a Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e família - Assistir ao <i>webinar</i> “<i>I international DigiNurse Workshop: Learning ICT Supported Nursing for Self-management of patients</i>” - Realizar Revisão Integrativa da Literatura - Refletir sobre a prática clínica com o enfermeiro orientador - Realizar um jornal de aprendizagem

a) Consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca bem como à pessoa em risco de falência orgânica e família

Para o processo de integração no serviço foi primordial conhecer a sua organização e dinâmica. Revelou-se fundamental conhecer a estrutura física, os circuitos, articulação com outros serviços, bem como a localização do material clínico,

consultar normas e protocolos existentes e conhecer os diferentes elementos da equipa, promovendo a participação autónoma na prestação de cuidados à PSC.

A participação colaborativa com a equipa na prestação de cuidados à PSC, foi realizada em diversos momentos do percurso da pessoa no serviço. A avaliação da PSC neste contexto de estágio, inicia-se na triagem, onde o enfermeiro é responsável por atribuir uma prioridade de atendimento, identificando critérios de gravidade, tendo por base a situação que motivou a ida à urgência e sua repercussão no estado fisiológico da pessoa (Circular Normativa nº002/2018 de 9 de janeiro de 2018). O protocolo de Triagem de Manchester não me era desconhecido, uma vez que no meu serviço faço uso do mesmo com regularidade. Ainda assim, neste contexto de estágio as áreas de especialidades para encaminhamento são mais diversificadas, pelo que foi crucial compreender os circuitos contribuindo para direcionar corretamente as pessoas após a triagem. Num dos turnos houve uma avaria no sistema informático, pelo que, houve necessidade de realizar triagem de forma manual, situação para mim nova, sendo necessário mobilizar conhecimentos por forma a solucionar o problema, contribuindo para a competência saber aplicar conhecimentos e ter capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em diferentes contextos (Decreto de Lei n.º65/2018 de 16 de agosto de 2018).

A passagem de turno era o momento que permitia transmitir à equipa subsequente a situação da pessoa, nomeadamente intervenções já prestadas e o que a mesma aguardava, assegurando assim a continuidade do plano de cuidados. O reajuste do horário de administração da terapêutica, em especial no período noturno, era por vezes necessário com o propósito de promover à pessoa o descanso noturno, sempre de forma segura, individualizada e adequada ao estado clínico da mesma, gerindo assim os cuidados de enfermagem, articulando com a equipa de saúde e otimizando a resposta da mesma (ESEL, 2010; Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019). Ao colocar em prática protocolos como o de triagem, de gestão do controlo glicémico, o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV), SAV Trauma, assim como a possibilidade de assistir a provas de morte cerebral, foi-me permitido garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018).

A polivalência deste SU possibilitou-me a oportunidade de vivenciar situações clínicas e prestar cuidados a pessoas com grande diversidade de patologias, nomeadamente: foi-me proporcionado prestar cuidados à pessoa com patologia

cardíaca, a uma família de nepaleses, que recorreram ao SU por intoxicação de monóxido de carbono que careceram de encaminhamento para tratamento em câmara hiperbárica. De acordo com Cardiga, Proença e Carvalho (2015), a intoxicação por monóxido de carbono é frequente e a principal causa de morte por tóxicos em todo o mundo. Pela sua alta toxicidade e afinidade à hemoglobina, leva à formação de carboxiemoglobina podendo provocar lesão cardíaca e alterações do sistema nervoso central. Houve ainda a possibilidade de colaborar na prestação de cuidados em situações de reanimação, gerindo tempo e prioridades, com necessidade de aplicar o algoritmo SAV e uso do dispositivo de compressão automático externo, o qual me era desconhecido e com o qual nunca tivera contacto. A utilização deste dispositivo mecânico possibilita assegurar as compressões torácicas de forma eficaz, possibilitando que os elementos da equipa realizem outras intervenções complementares necessárias durante o processo de reanimação cardiorrespiratória (Pires et al., 2021). Pelo facto do presente serviço ser um centro de trauma (Despacho nº13427/2015 de 20 de novembro de 2015) tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa vítima de trauma. De acordo com Schuck, Weber e Schaefer (2020), a pandemia de SARS-COV-2 provocou impacto na saúde mental, podendo ser uma das causas para o aumento dos comportamentos suicida. Em concordância, Nascimento e Maia (2021) afirmam que a pandemia exacerbou alguns fatores de risco que potenciaram o comportamento suicida, nomeadamente, o isolamento social, desemprego, uso de álcool, transtornos do sono e a restrição no acesso aos serviços de saúde. Objetivei diversas formas de tentativa de suicídio, nomeadamente: uma tentativa de afogamento, na qual após estabilização hemodinâmica da pessoa, foi prestada escuta ativa; uma outra com ingestão de um produto de uso doméstico, da qual resultou uma esofagite cáustica, sendo necessária a colaboração na realização de uma endoscopia digestiva alta, colocação de linha arterial e cateter venoso central, para alimentação parentérica. Houve ainda um caso com tentativa de suicídio consumada por arma de fogo, o que possibilitou assistir às provas de morte cerebral. Perante esta situação, refleti sobre as questões morais, éticas e legais implícitas, bem como vivenciei o processo de manutenção do potencial dador de órgãos (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2015). Os exemplos anteriormente descritos permitiram-me fomentar a competência cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010).

Durante a prestação de cuidados, foi por vezes, desafiador garantir a privacidade da pessoa, em especial na área de ambulatório pelas condições físicas do espaço serem diminutas. Assim, foi necessário em diversas ocasiões arranjar estratégias, nomeadamente, colocação de biombos ou deslocar a pessoa para uma outra sala, promovendo um ambiente com maior privacidade, assegurando que as intervenções de enfermagem eram realizadas em prol da proteção da intimidade e defesa da dignidade da mesma (Artigo 86º e 99º do Código Deontológico da OE, 2015). Contribuindo para o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, garantindo uma prática de cuidados respeitadora dos direitos humanos e capacidade para lidar com questões complexas desenvolvendo soluções (Decreto de Lei n.º65/2018 de 16 de agosto de 2018 ; Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Tive a possibilidade de intervir na realização de transportes quer a nível intra-hospitalar, bem como inter-hospitalar. Um exemplo de transporte inter-hospitalar consistiu em a pessoa realizar sessão de tratamento de substituição da função renal numa outra unidade de saúde. O transporte intra-hospitalar consistiu no acompanhamento da pessoa para realização de uma tomografia axial computadorizada e posteriormente ao bloco operatório devido a um traumatismo crânio-encefálico grave no contexto de acidente de motociclo. Colaborei também no transporte de uma pessoa com doença de COVID-19 para a UCI. A minha intervenção colaborativa durante a realização do transporte da PSC passou por garantir a segurança da mesma, assegurando que a vigilância da pessoa e o nível de qualidade dos cuidados prestados era mantido durante a deslocação. Assim, nos transportes efetuados, coadjuvei na decisão do nível de monitorização da PSC, de acordo com a avaliação da sua situação clínica e estabilidade hemodinâmica. Garanti, caso fosse necessário, a existência de material e medicação antecipando o risco de instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018).

Por forma a atualizar conhecimento, participei no webinar “Transporte do Doente Crítico em tempos SARS-COV-2”, no qual foi apresentado o *modus operandis* na preparação para a pandemia realizada em Portugal e em França. Assistir a este webinar foi útil pois recordou conceitos anteriormente abordados na disciplina de Intervenção em Situações de Urgência Emergência e Catástrofe, permitindo ainda conhecer uma realidade diferente da habitual.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), tem por missão gerir, participar e avaliar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica, isto é, um conjunto de entidades que cooperam, garantindo uma correta prestação de cuidados a pessoas vítimas de acidente ou doença súbita (Decreto de Lei nº 34/2012 de 14 de fevereiro de 2012). O INEM dispõe de vários meios de intervenção, entre os quais, a VMER, onde tive possibilidade de realizar alguns turnos. A equipa deste veículo é composta por médico e enfermeiro, que dispõem de equipamento de SAV para a estabilização no extra-hospitalar e transporte da PSC.

Além da curiosidade em realizar estágio na área do extra-hospitalar, por ser uma oportunidade interessante e desafiadora, que me proporcionaria conhecer uma realidade diferente no que respeita à prestação de cuidados à PSC. Considerei esta atividade pertinente na medida em que permitir-me-ia conhecer *in loco* o ambiente individual da PSC e ter uma perceção mais real dos seus contextos. De acordo com Cavalcante et al. (2018), as características sociodemográficas influenciam as práticas de autocuidado, assim a promoção do autocuidado tem de ser ajustada às reais necessidades das pessoas, tal é mais facilitado se ocorrer através da consciência dos contextos de cada um, permitindo proporcionar um cuidado holístico e individualizado. Descreverei seguidamente algumas das situações significativas que ocorreram ao longo dos turnos, nas quais me foi possibilitado prestar cuidados à PSC e sua família.

Uma das experiências significativas foi um acidente de viação entre um veículo ligeiro e uma ambulância que transportava dois bombeiros, uma enfermeira, uma criança de dois anos e a respetiva mãe. Na abordagem à criança objetivei que esta estava assustada e a chorar copiosamente, imobilizada em plano duro e com colar cervical. Após ter conhecimento da cinemática do acidente, questioneei a equipa se não seria benéfico retirar as imobilizações e colocá-la no colo da mãe, pois só esta a conseguiria acalmar. A equipa concordou e a criança acalmou, posteriormente acompanhámo-las ao hospital pediátrico para realização de exames complementares. O meu julgamento clínico teve por base a competência clínica que caracteriza a prática de enfermagem avançada pois teve como foco central o modelo centrado na pessoa - a criança. As necessidades emocionais e vulnerabilidade da criança foram para mim uma preocupação. Através da avaliação do seu estado clínico, da exclusão de possíveis situações que potenciariam risco de vida e da parceria com a equipa para uma decisão clínica partilhada, possibilitou desenvolver estratégias promotoras do bem-estar, do conforto e segurança da criança e assim profissionalizar a capacidade

de cuidar que é uma ação nobre da enfermagem, contribuindo para a humanização dos cuidados (Artigo 89º do Código Deontológico da OE, 2015; CNA, 2008; Paiva, 2007). Face ao exposto, dei resposta às competências presentes no Artigo 15.º do Decreto de Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto de 2018, saber aplicar conhecimentos e capacidade de resolver problemas em situações novas e não familiares bem como ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções em situações de informação limitada. Desenvolvi também as competências abordar questões complexas de modo sistemático e reflexivo e gestão dos cuidados, otimizando a resposta em articulação com a equipa multiprofissional (ESEL, 2010).

Uma outra ativação deste meio de intervenção foi para uma alegada paragem cardiorrespiratória (PCR), numa senhora de 89 anos. À chegada verificou-se que a senhora estaria apenas bastante sonolenta. Após a avaliação inicial pudemos apurar que a mesma tivera tido alta hospitalar no dia anterior, com alterações na terapêutica. Concluímos que a filha se tivera enganado no horário de administração da medicação, tendo administrado os comprimidos da noite ao almoço, pelo que, a senhora adormeceu e a filha assustada, ligou 112 dizendo que a mãe não respirava. Esta situação levou-me a refletir sobre a minha prática clínica e a importância de validar a compreensão da pessoa/família sobre os ensinamentos realizados. Despertando-me para a importância de promover a literacia em saúde da população nos diferentes contextos do seu quotidiano. Revela-se assim basilar que os profissionais de saúde recorram a estratégias de compreensão da informação, como a metodologia “*teach-back*” e “*ask me three*” (Almeida, 2019; Zabala & Arnau, 2010). A intervenção da equipa naquela família foi reforçar o ensino sobre a terapêutica, que de acordo com Freitas et al. (2019), a gestão da medicação é também uma das práticas promotoras da literacia em saúde. Em concordância, Benner (2001) remete para a importância da função de educação e guia pela enfermagem, proporcionando explicações e corrigindo más interpretações. Neste sentido, as estratégias por nós desenvolvidas incluíram escrever nas caixas a posologia dos fármacos assegurando a sua correta administração e dividir os mesmos numa caixa para uma administração segura

Numa outra ocorrência, a equipa foi ativada para uma PCR num senhor de 53 anos. Chegámos em simultâneo com os bombeiros, estando a companheira a realizar massagem cardíaca. Após apurar o contexto soube-se que o senhor tivera feito anos no dia anterior. Passados 45 minutos de SAV sem retorno à circulação espontânea, a

decisão de interromper manobras emergiu, sendo que após validação de que todos os elementos da equipa se encontravam confortáveis com a decisão, as mesmas foram interrompidas. Colocámos o corpo na cama, mantendo a dignidade da pessoa, respeitando o seu corpo após a morte (Artigo 87º do Código Deontológico da OE, 2015). Seguidamente informámos a companheira, à qual foi necessário prestar apoio emocional através da escuta ativa, acompanhá-la até ao corpo, havendo necessidade de ativação do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM. A saída depois da descrita foi para um rapaz de 15 anos que se tivera enforcado, o procedimento consistiu na verificação do óbito, preservando os vestígios para exclusão de indícios de prática de crime (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018). Este turno foi-me particularmente difícil, pois tal como me foi dito pelo orientador “nesta profissão verás mais num dia que muitos numa vida”. Outra ativação da VMER foi para uma senhora de 92 anos com dispneia num lar. À chegada ao local, a senhora estava em edema agudo do pulmão provavelmente devido à descompensação da sua IC. Inicialmente encontrava-se consciente e orientada, no entanto, sem resposta à terapêutica administrada e com rápida deterioração do seu estado de consciência e hemodinâmico, comprometendo as condições de segurança para o transporte da mesma até ao hospital. Perante o processo terminal e impossibilidade de meios e terapêutica de cura, contactámos a médica do lar, informando sobre o prognóstico reservado da senhora, que por unanimidade permaneceu na instituição, na presença da família, que assegurou que estaria acompanhada no seu processo de finitude. As intervenções por nós desenvolvidas tiveram como finalidade de promover a dignidade e o conforto, atenuando sintomatologia, nomeadamente no que respeitara ao esforço respiratório e dor, assim: otimizámos o posicionamento, administramos terapêutica e aspirámos secreções. Face às situações descritas, demonstrei respeito pelo doente terminal, assisti a família nas perturbações emocionais, apoiando o processo de luto, cooperei para a dignificação da morte, bem como contribui para a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC (Artigo 87º do Código Deontológico da OE, 2015; Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018). Devido à diversidade da casuística tive a oportunidade de vivenciar diferentes situações clínicas, envolvendo diversas patologias, prestando cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica/ falência orgânica (ESEL, 2010; Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018).

Além da ativação para assistência à PSC, muitas vezes a viatura médica é solicitada para PCR com hora indeterminada, à chegada já cadáver, pelo que, o alvo do cuidar passa a ser a família sendo importante ajudar a gerir sentimento de culpa “por não ter chamado ajuda mais cedo”. Assim, face à situação de morte inesperada, o apoio à família e orientação nos procedimentos seguintes é de grande importância. Revelando-se elementar estabelecer uma relação terapêutica com a família por forma a identificar as necessidades da mesma e prestar cuidados de forma ajustada e dirigida (Jorge & Madureira, 2020). Com esta experiência pude concluir que atualmente, perante a atual situação pandémica, no contexto extra-hospitalar o contacto com a família é mais facilitado comparativamente ao intra-hospitalar, existindo mais oportunidades para apoiar a família e realizar ensinamentos no próprio ambiente da pessoa. Assim, considero que promovi o desenvolvimento de relação terapêutica perante a pessoa e família, bem como assisti nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018).

A realização destes turnos possibilitou-me o desenvolvimento de competências:

i) no domínio da melhoria contínua da qualidade, através da promoção de um ambiente terapêutico e seguro em todas as abordagens realizadas à PSC (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019). É imperativo promover um ambiente gerador de segurança quer para a equipa, quer para a pessoa. Na medida em que, por vezes a ativação do meio VMER é para locais com condições de segurança limitadoras para a prestação de cuidados, havendo necessidade de ativar a mobilização de meios de segurança, como a polícia de segurança pública, conforme tive a possibilidade de assistir. Revela-se crucial uma adaptação da equipa ao contexto para onde são ativados, fomentando o respeito pelas identidades culturais e espirituais da pessoa/grupo, salvaguardando assim as condições de segurança no ambiente de prestação de cuidados.

ii) no domínio da gestão dos cuidados, pois neste contexto é importante uma articulação e mútua colaboração nas decisões entre médico e enfermeiro, por forma a otimizar a resposta da equipa nos cuidados prestados. Assim como adaptar a liderança e gerir recursos quer humanos quer materiais, num contexto onde os mesmos são limitados, visando a qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019). Por forma a assegurar que os recursos materiais estão

todos disponíveis e operacionais para qualquer ativação, uma das dinâmicas diárias da equipa, no início de cada turno é a verificação da carga da viatura.

iii) no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, pois esta experiência contribuiu para a construção da minha identidade e autoconhecimento enquanto enfermeira, tendo contribuído para uma melhor gestão de sentimentos e emoções na atuação sob pressão (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Em suma, com a realização deste estágio na VMER, pude verificar que a intervenção no extra-hospitalar é complexa. Não só pela segurança dos profissionais de saúde que pode estar condicionada, seja pelo atual contexto pandémico ou devido à existência de alguns ambientes inóspitos para prestação de cuidados. Mas também pela expectativa da família, que à chegada de uma equipa diferenciada, é elevada e muitas das vezes o desfecho não é o que desejam. Sustentado no exercício reflexivo sobre a prática clínica, construí uma nova perceção sobre o saber experienciado, no que respeita à humanização dos cuidados no extra-hospitalar. Concluindo que a mesma é possível e exigida pois naquele momento a equipa é a única resposta possível para a pessoa e família. Assim, esta experiência permitiu-me um importante crescimento profissional. Inicialmente pensei que integrar uma equipa previamente otimizada e formatada para agir com apenas dois elementos seria uma dificuldade. No entanto, a disponibilidade dos elementos permitiu que facilmente nos organizássemos enquanto equipa. Estabelecemos à priori uma metodologia de trabalho por forma a realizar uma avaliação ABCDE de forma célere e eficaz, facilitando a identificação de situações que potenciassem o risco de vida, sem que nenhum dos elementos perturbasse a intervenção dos restantes.

No contexto extra-hospitalar o trabalho em equipa tem de ser ainda mais robusto, é necessário um ambiente colaborativo, com o compromisso de definir objetivos para atingir resultados. De acordo com Soares et al. (2020) não há interação sem comunicação sendo que ambas são intrínsecas ao cuidado. Afirmam ainda que dificuldades na comunicação da equipa, podem influenciar negativamente os resultados das intervenções realizadas, condicionando a qualidade dos cuidados e segurança da pessoa. Assim, a comunicação revela-se fundamental entre os membros da equipa devendo a mesma ser clara, fluída e de fácil interpretação sendo uma competência não técnica determinante para assegurar uma eficaz intervenção.

De sublinhar que na minha prática clínica, procurei sempre colaborar na promoção da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº361/2015 de 26 de junho de 2015, p.17241). É disso exemplificativo o maximizar a prevenção e controlo da infeção. Para tal, saliento o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) a cada caso clínico (trauma, área de doentes respiratórios, prestação de cuidados gerais e procedimentos específicos). Assegurei o uso pessoal da máscara, sendo de cariz obrigatório durante toda a permanência nas instituições hospitalares, bem como provi a troca das mesmas, no início de cada turno, às pessoas a quem prestava cuidados. Procedi à desinfeção e lavagem das mãos sempre que necessário assegurando a assepsia nos procedimentos invasivos. Para esta última intervenção contribuiu favoravelmente a existência de *kit's* pré feitos que asseguravam a existência de todo o material necessário para a técnica assética ou limpa.

Ainda sobre a competência maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção (ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018), a contabilização da diurese na pessoa com patologia cardíaca é fundamental, sendo uma forma de avaliação da resposta à terapêutica. Sempre que possível, de acordo com o meu julgamento clínico, fornecia o urinol/arrastadeira, em vez de realizar o procedimento de inserção de cateter urinário, reduzindo o potencial risco de infeção.

Por forma a assegurar que a sala de prestação de cuidados estaria em condições de segurança, em todos os turnos, era obrigatório a verificação dos recursos materiais existentes garantindo que eram suficientes e estariam operacionais. Era fundamental também garantir a reposição do carro de emergência após cada utilização, assegurando que o mesmo continha toda a medicação dentro do prazo de validade, assim como o material necessário para próxima utilização. Por vezes foi indispensável a gestão dos recursos materiais, nomeadamente i) a colocação de mais monitores nas salas de emergência para monitorização cardiorrespiratória, permitindo antecipar precocemente deteriorações do estado hemodinâmico da pessoa, ii) o uso de bombas/seringas infusoras para administração de fármacos de forma segura e iii) verificar se os monitores de transporte bem como o dispositivo mecânico de compressões externo teriam bateria. Solicitei ao enfermeiro orientador que me explicasse o funcionamento do mesmo e monitor desfibrilhador, para em caso de necessidade saber manuseá-los de forma segura, quer para a pessoa quer para a equipa. Sempre que surgia uma dúvida relativamente a terapêutica esclarecia-a, garantindo segurança na administração da mesma. Através

das atividades desenvolvidas garanti um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p.4747).

O facto de o enfermeiro orientador ter uma vasta experiência e já ter sido chefe de equipa naquele local de estágio, foi facilitador para refletir sobre formas de liderança e gestão de recursos humanos, tais como, a distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes setores do serviço por forma a atingir os resultados pretendidos. Permitindo desenvolver competências no domínio da gestão do cuidados, através da gestão de recursos adaptando-os às necessidades do contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

As escalas funcionam como instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas, funcionando com indicadores mensuráveis da qualidade dos cuidados. No contexto descrito, era obrigatório o preenchimento das escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (Braden) e de risco de queda (Morse), na admissão da pessoa no serviço e a cada 24 horas, definindo intervenções no sentido de prevenir as mesmas. No decorrer do estágio preenchi as escalas sempre que necessário e ajustei estratégias preventivas consoante o risco individual de cada pessoa. Desenvolvi intervenções quer na prevenção de quedas, procurando ter sempre as macas ao nível mais baixo possível e com as grades subidas, quer na prevenção do desenvolvimento de úlceras por pressão, aplicando creme hidratante, auxiliando a pessoa no posicionamento no leito e promovendo o levante precoce. Em concordância com a função de administração e vigilância dos protocolos terapêuticos identificada por Benner (2001) no sentido de compreender a importância da mobilização da pessoa, como estratégia preventiva no aparecimento de úlceras e promotora da recuperação, bem como de prevenções de complicações respiratórias. Desta forma, assegurei de forma contínua a qualidade dos cuidados prestados (Benner, 2001; Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

b) Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e família no contexto de Serviço de Urgência

O Artigo 89º do Código Deontológico, respeita à humanização dos cuidados, preconiza a individualidade na prestação de cuidados, promovendo um ambiente potenciador ao desenvolvimento e potencialidades da pessoa, atendendo a sua

inserção numa família (OE, 2015). Assim, a família deve ser parte integrante da tríade PSC-enfermeiro-família, pelo que na admissão da pessoa neste serviço, é obrigatório o preenchimento do contacto de um familiar.

De acordo com a Lei n.º15/2014, que legisla os direitos e deveres nos serviços de saúde, presente no Decreto de Lei n.º24/2014 de 21 de março de 2014, é legítimo o direito a um acompanhante durante a permanência da pessoa no SU. No entanto, devido ao atual contexto de pandemia de COVID-19, por forma a manter a segurança da saúde pública da pessoa hospitalizada e profissionais de saúde, a presença física dos mesmos foi restringida, o que tornou desafiante o envolvimento da família no cuidar. Devendo assim, os serviços de saúde adequar procedimentos e ferramentas que permitam a inclusão da família no cuidar (Hart et al., 2020). No sentido de colmatar esta dificuldade desenvolveram-se algumas estratégias, que se relevaram fundamentais para manter a família e o seu incalculável valor para a esfera da PSC nomeadamente: possibilitar que a pessoa ficasse com o telemóvel pessoal; era disponibilizado um contacto telefónico para que os familiares solicitassem informações; pessoas a aguardar vaga de internamento que estivessem nas salas de observação ou de emergência, era realizada uma chamada diária pelo enfermeiro responsável transmitindo informações sobre o estado clínico, plano de cuidados e esclarecidas dúvidas. Sempre que era possível, de acordo com o meu julgamento clínico e validando com o enfermeiro orientador, criávamos oportunidade para a visita de familiares. Garantindo uma comunicação constante, esclarecendo dúvidas e escutando necessidades, assegurando sempre a segurança da pessoa e família através do uso de EPI face à situação pandémica. Perante o exposto, considero que geri a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família, informando sobre o plano de cuidados de forma clara e sem ambiguidades, esclarecendo as dúvidas da mesma (Decreto de Lei nº 65/2018 de 16 de agosto de 2018; Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018). Assim ganhei consciência e reconheço a importância da influência da intervenção do enfermeiro perito no cuidado à PSC e família. Revelando-se para mim uma oportunidade de aprendizagem a capacidade de aplicar conhecimentos e medidas inovadoras na resolução de problemas em situações novas e não familiares (Decreto de Lei nº 65/2018 de 16 de agosto de 2018; Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018).

Recordo uma situação específica, na qual houve necessidade de gerir a comunicação através da notificação de uma má notícia, tornando-se evidente a

importância da equipa de saúde assistir e apoiar a família. Nos SU as ocorrências são maioritariamente imprevisíveis e súbitas, sendo por isso propícios a incidentes de morte para os quais não é possível fazer um luto antecipatório. Assim, a notificação da morte é um momento perturbador para a família. De acordo com Meleis, Sawyer e Im (2000), a família experiencia um tipo de transição situacional, pela perda de um ente querido, à qual se associa um sentimento de impotência. A equipa de saúde deve estar atento para o impacto que a transição tem na família, que vive um momento de grande instabilidade e ansiedade (Mendes, 2016). O enfermeiro deve ter consciência de que pode fazer a diferença no apoio à família, devendo esta tornar-se o principal alvo de cuidados. No caso que descrevo o modelo de protocolo *SPIKES* revelou-se uma ferramenta importante de comunicação de uma má notícia para com a família (Cruz & Riera, 2016). Colaborei com a equipa na partilha da notícia e conforto da família, transmitindo a notícia numa sala privada, com ambiente tranquilo e sem interferências, tendo sido disponibilizado o tempo necessário para assimilação e resposta emocional, efetuámos escuta ativa e esclarecemos dúvidas, nomeadamente, sobre o encaminhamento e procedimentos seguintes, procurando contribuir para uma condição facilitadora da transição devido à perda inesperada (Meleis et al., 2000). Assim, fomentei a relação terapêutica perante a família, assistindo-os nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018).

Outra atividade desenvolvida no decorrer deste estágio foi assistir ao webinar: *“1 International DigiNurse Workshop: Learning ICT supported nursing for self-management of patients”*. Neste *webinar* foi apresentado o projeto DigiNurse que consiste num modelo de atuação colaborativo, no qual se faz uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) com o objetivo de manter o acompanhamento e suporte da pessoa à distância e uma prestação de cuidados inovadora e segura, evitando a deterioração do seu estado de saúde. É promovido um plano de cuidados singular, sabendo que uma intervenção individualizada para ser efetiva, tem que ter por base a motivação, o comportamento e o estilo de vida individual. Assim integrar a família no cuidar é estratégia essencial.

Face à atualidade do contexto pandémico, projetos como este revelam-se de grande importância pela sua utilidade. O projeto apresentado permite promover comportamentos de autocuidado, fazer *coaching* digital, seminários e treinar as pessoas. Tem como vantagens: identificar necessidades da pessoa em tempo real;

aumentar a literacia em saúde e diminuir os riscos de saúde associados ao contacto físico no atual contexto de pandemia, bem como os custos e o tempo despendidos associados para deslocação às consultas. No que respeita às desvantagens: a dificuldade em aceder às TIC; pouca literacia tecnológica; a observação direta fica comprometida condicionando a avaliação e o “*no touch*” pode comprometer a adesão, uma vez que, culturalmente a nossa sociedade privilegia uma interação próxima.

Concluí assim, que os recursos tecnológicos são ferramentas com impacto positivo no acompanhamento da pessoa à distância. Na pessoa com IC revela-se especialmente útil, devido à sintomatologia poder limitar a capacidade funcional e condicionar a deslocação às consultas, comprometendo a vigilância e acompanhamento da saúde da mesma. Assim, a utilização das TIC permite uma abordagem participativa da pessoa e um acompanhamento de enfermagem sob monitorização remota dos comportamentos de autocuidado, identificando a necessidade de ajuda diferenciada. Russo et al. (2021) desenvolveram um estudo para avaliar a efetividade do acompanhamento em ambulatório de pessoas com patologia cardíaca, através de consulta telefónica de enfermagem. A necessidade deste estudo deveu-se ao fato de durante a pandemia provocada pela doença de COVID-19, as consultas agendadas e procedimentos de intervenção cardíaca, não urgentes terem sido adiados. Concluíram que a teleconsulta de enfermagem é uma estratégia simples e bem tolerada, que assegura a continuidade dos cuidados e o acompanhamento em ambulatório das pessoas com doenças cardiovasculares, colmatando também a dificuldade de pessoas idosas no uso de computadores.

Para a excelência dos cuidados, o enfermeiro deve investir de forma contínua na atualização e aquisição de novos conhecimentos, nesse sentido, desenvolvi uma RIL (Apêndice I). A identificação de intervenções que permitem promover o autocuidado na pessoa com IC, permitiu-me sustentar a prática dos cuidados nos contextos clínicos tendo por base evidência científica mais recente. Paralelamente com a pesquisa bibliográfica realizada durante o curso de mestrado, foi-me possibilitado selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão e basear a prática clínica especializada em evidência científica (ESEL, 2010; Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

De acordo com Zabala e Arnau (2010), o *debriefing* promove reflexão sobre as situações clínicas vivenciadas, tornando-as mais profundas e significativas, contribuindo para o desenvolvimento e aquisição de novo conhecimento. Neste

sentido, a reflexão conjunta com o enfermeiro orientador, através da análise crítica do desempenho durante a prestação de cuidados promoveu um ambiente de partilha possibilitando a consolidação e desenvolvimento de novas aprendizagens.

A realização do jornal de aprendizagem, sustentado em pesquisa autónoma, no qual descrevo uma situação de cuidados significativa por mim vivenciada, permitiu refletir sobre as práticas efetuadas à pessoa com IC em contexto de sala de emergência. Esse exercício, sob o olhar da linha de pensamento orientador defendida por Orem (2001), permitiu-me descentrar da minha prática de cuidados habitual e construir uma nova perspetiva de que os cuidados na sala de emergência, podem também e devem ser encarados como janelas de oportunidade para a promoção do autocuidado, tendo presente que a nossa intervenção naquela pessoa terá repercussão positiva no seu futuro enquanto ser *contínuum*.

Por último, destaco que o exercício reflexivo orientado e partilhado criou um impacto positivo no desenvolvimento de aprendizagens profissionais, possibilitando-me promover o autoconhecimento e consciência de mim enquanto enfermeira, influenciando a minha futura prática clínica, através do aperfeiçoamento da minha identidade profissional (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Estágio II - Unidade de Cuidados Intensivos

As UCI definem-se como locais qualificados para assumir a responsabilidade integral por pessoas em condição de processos patológicos, com disfunção de órgãos. A sua área de intervenção de natureza diferenciada e multidisciplinar permite suportar, prevenir e reverter falências com implicações vitais, assim como, abordar a prevenção, diagnóstico e tratamento situações de doença aguda grave potencialmente reversíveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003).

As caracterizações adotadas pela Sociedade Europeia de Medicina, no que respeita ao nível de assistência nas unidades, definem-se em três níveis. A UCI onde decorreu o estágio possui uma lotação de oito camas de cuidados intensivos cardíacos de nível III, pois contêm equipas médicas e de enfermagem funcionalmente dedicadas, assistência médica qualificada por intensivista, e em presença física nas 24 horas, pressupõe também a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, devendo dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003).

No que respeita à dotação de recursos, a equipa é constituída por 45 enfermeiros, nove assistentes operacionais e 34 médicos. Por forma a garantir cuidados de enfermagem de qualidade, privilegiando a satisfação da pessoa, a prevenção de complicações e o autocuidado, é feita a distribuição, por cada enfermeiro, de uma a três pessoas internadas, em função da situação clínica das mesmas. O método de trabalho instituído no serviço é o método individual, onde cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados de enfermagem prestados ao binómio pessoa/família, que lhe é atribuído durante o turno.

Seguidamente apresento os objetivos a que me propus para sustentar o meu percurso neste campo de estágio, bem como reflito sobre as atividades desenvolvidas para dar resposta aos mesmos.

Quadro 2 - Objetivos e atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivo Específico	Atividades
Adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica e família em contexto de unidade de cuidados intensivos	- Integrar a família nos cuidar - Prestar cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca - Participar no <i>webinar</i> “Grupo de Estudo de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia – Heart Team 2021” - Colaborar com a equipa na implementação de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca - Realizar um estudo de caso - Desenvolver uma proposta de projeto de teleconsulta de <i>follow-up</i> da pessoa com insuficiência cardíaca - Contribuir para a formação contínua em enfermagem

Adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com insuficiência cardíaca e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Neste contexto são admitidas pessoas com qualquer patologia do foro cardíaco, quer seja em situação eletiva, de urgência ou emergência. Aquando da admissão no serviço, sempre que a situação clínica/estado hemodinâmico/nível de consciência da pessoa o permite, é proporcionado um momento de entrevista com enfermeiro responsável que se destina ao momento do acolhimento no serviço. A minha intervenção neste processo passou por recolher os dados da pessoa, questionando o nome pelo qual gosta de ser tratado, assim como identificar e obter o contacto telefónico de um familiar. Neste momento, foram também facultadas informações relativamente ao funcionamento do serviço e esclarecidas dúvidas.

O internamento na UCI constitui um fator de stress com repercussões quer na pessoa, quer na sua família. Tal facto foi agravado devido às restrições de visitas impostas, consequência da pandemia por SARS-COV-2, contribuindo para a solidão, ansiedade e isolamento da pessoa internada (Sasangohar et al., 2020).

Por forma a facilitar o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, a integração da família no cuidar é essencial. A família além de ser um recurso colaborativo, fornecendo informações relevantes da pessoa, quando esta se encontra incapacitada de fazê-lo, pode também ser um meio de suporte, reforçando a autonomia para o autocuidado da pessoa após a alta (Ulin, Olsson & Ekman, 2015).

Neste serviço, a pessoa fica com o seu telemóvel pessoal sendo disponibilizado o número do telemóvel do serviço para a realização de visita virtual através de videochamadas. A pessoa e sua família foram sensibilizadas para privilegiarem o horário diurno para a realização destes momentos. Esta é uma estratégia de humanização dos cuidados que promove um maior conforto na PSC e família (Artigo 89º do Código Deontológico da OE, 2015; Sasangohar et al., 2020).

A especificidade desta UCI deu-me oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à PSC com patologia cardíaca. De acordo com Benner et al. (2011), a PSC admitida na UCI caracteriza-se por não ser capaz de manter, de forma independente a sua estabilidade fisiológica, ou por apresentar risco elevado de desenvolver instabilidade, carecendo assim de cuidados contínuos e de tecnologia de suporte. Vivenciei diferentes situações clínicas com necessidade de técnicas de suporte vital que desconhecia. De destacar, *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*, Balão intra-aórtico, Pacemaker Transvenoso Provisório, Hemodiafiltração Venovenosa Contínua. Apesar de não serem desconhecidas, destaco também as técnicas de Ventilação Mecânica Invasiva e Ventilação Mecânica não Invasiva. Nos

casos descritos, a vida da pessoa está dependente do correto funcionamento dos dispositivos o que evidencia a importância da função de monitorização e vigilância do enfermeiro (Benner, 2001). Em concordância com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018, que destaca que os cuidados de enfermagem são contínuos, qualificados e específicos, com o objetivo de manter funções básicas, prevenir complicações, limitando incapacidades e com vista à recuperação. Assim, a vigilância e a monitorização constantes destas pessoas são de relevância máxima, sendo responsabilidade do enfermeiro antecipar e identificar focos de instabilidade, permitindo-lhes de forma prematura, a intervir e dar resposta aos mesmos (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018).

Sendo esta, uma UCI do foro cardíaco, todas as pessoas estão sob monitorização cardíaca contínua (telemetria) sendo exigido aos enfermeiros competências na avaliação de traçados cardíacos. Quando o mesmo era sugestivo de alterações, o estado clínico da pessoa era examinado, verificando se existia tradução fisiopatológica. A este propósito, recordo uma situação clínica na qual identifiquei um foco de instabilidade na pessoa, alertando a restante equipa e o clínico responsável e colaborei na prestação de cuidados, no sentido de estabilizar a condição que se apresentava: um derrame pericárdico com instabilidade hemodinâmica. Deste modo, geri eficazmente uma situação de evolução rápida, identificando focos de instabilidade, respondendo aos mesmos de forma pronta, antecipando a falência orgânica e prestei cuidados à pessoa em situação emergente, a vivenciar processos complexos de doença crítica (Benner, 2001; ESEL, 2010; Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018). Face a este exemplo, contribuí para o direito ao cuidado na medida em que, sinalizei a situação em tempo útil para a equipa, por forma a não haver atrasos no diagnóstico, como também coadjuvei no tratamento em tempo útil procurando responder ao problema da maneira mais competente e segura para a pessoa (Artigo 83º do Código Deontológico da OE, 2015).

Durante o período de estágio, tive oportunidade de colaborar e administrar protocolos terapêuticos complexos, tais como: perfusões de terapêutica inotrópica, assim como perfusão de levosimendan e furosemida, com a subsequente gestão de administração dos mesmos em função da resposta hemodinâmica da pessoa, destaco também a aplicação e gestão do protocolo de heparina e controlo de glicémia capilar. A hiperglicemia em contexto de cuidados intensivos foi associada ao aumento da mortalidade, assim, a monitorização e controlo dos níveis de glucose melhora os

outcomes da PSC (Krinsley, 2006). Houve também necessidade de demonstrar conhecimentos e aptidões na aplicação do algoritmo de SAV, e posteriormente aplicar o protocolo de cuidados pós paragem cardiorrespiratória e controlo dirigido de temperatura existente no serviço. Cumprindo assim a função de administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos identificada por Benner (2001).

A realização de procedimentos invasivos, assim como a complexidade de cuidados prestados, como o manuseio de cateteres vesicais, cateteres venosos centrais, de diálise ou cateter *swan-ganz*, edifica a competência maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC, garantindo a sua segurança e a qualidade dos cuidados (ESEL, 2010; Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018). Neste sentido, cumpri o protocolo de prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina, rastreando após a admissão as pessoas transferidas de outras unidades de internamento ou de outras instituições de saúde, com permanência nas mesmas por período superior a 48 horas. Até o resultado da pesquisa ser conhecido, a higiene corporal é efetuada com toalhetas de gluconato de clorohexidina a 2% e a higienização oral com solução de clorohexidina pelo menos duas vezes dia, durante cinco dias após a admissão. O registo é efetuado diariamente no processo da pessoa, por forma a assegurar a continuidade de cuidados e eficácia do protocolo. Quando uma pessoa é admitida no serviço sem resultado de teste de SARS-COV-2, é isolada das restantes e todo o profissional de saúde usa o EPI adequado, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos e circuitos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.

Além do risco de infeção associado aos procedimentos invasivos, o enfermeiro deve também estar alerta para o potencial de dor que deles possa advir. Neste campo de ação, sempre que fosse previsível que um procedimento pudesse potenciar dor alertava a equipa clínica para a necessidade de administração de terapêutica prévia à realização do mesmo. A cada duas horas, os sinais vitais eram avaliados, entre os quais, o nível de dor através da escala numérica, sempre que o estado de consciência da pessoa o permitia. Nos casos em que a pessoa não comunicava, por se encontrar sedada ou ventilada, procurei evidências fisiológicas de dor, como por exemplo taquicardia, hipertensão ou sudorese, utilizando como recurso objetivo, a escala comportamental da dor que avalia a expressão facial, o tónus dos membros superiores e adaptação à ventilação.

Sempre que objetivava presença de dor, promovi medidas para gestão da mesma, quer de âmbito farmacológico, administrando a terapêutica prescrita em esquema ou de reforço, quer no âmbito não farmacológico, recorrendo a estratégias como a alteração de decúbitos, a massagem de conforto e mobilizações passivas. A dor da pessoa era reavaliada após cada intervenção, no sentido de perceber a eficácia da mesma. Na realidade que descrevo, prestei cuidados a pessoas sedo-analgesiadas, sob perfusão de dexmedetomidina, a qual era gerida de acordo com o valor da escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), titulada para uma sedação idealmente moderada. Em alguns casos, era utilizado o índice bispectral (BIS), que consiste na colocação de elétrodos na região fronto-temporal, permitindo avaliar as ondas cerebrais, objetivando o nível de consciência. Assim, considero ter otimizado as intervenções, no sentido de promover a gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018).

De acordo com a DGS (2003), as UCI caracterizam-se por locais responsáveis pela prestação de cuidados a pessoas em risco de vida, tal facto promove ansiedade na PSC, pois esta reconhece não só a gravidade da sua situação clínica acompanhada pelo medo da morte, como também enfrenta uma mudança na sua rotina diária. A existência de grande quantidade de tecnologia e sistemas de monitorização sofisticados e desenvolvidos, contribuem para o medo do desconhecido e promovem ambiente ruidoso e iluminado, fatores que cooperam para o aumento da ansiedade da pessoa, condicionando o descanso da mesma (Pedreirinho et al., 2016).

No caso da pessoa com patologia cardíaca, o fator ansiedade não é benéfico ao seu diagnóstico. Assim, a minha intervenção neste âmbito consistiu em ajustar os limites dos alarmes, de acordo com estado clínico da pessoa monitorizada, quando alarmavam identificava o tipo de alarme silenciando-o rapidamente. No período noturno, as luzes eram reduzidas ao mínimo possível. Revelou-se também crucial proporcionar apoio e suporte emocional estabelecendo uma relação de ajuda, empatia e confiança para que a pessoa pudesse exprimir as suas emoções e dúvidas, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde e conhecimentos de cada pessoa (Orem, 2001; Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018). A atuação do enfermeiro envolve além de conhecimento técnico, científico e tecnológico, também a humanização dos cuidados, uma vez que todas as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade. Nem sempre podemos tratar, mas podemos sempre cuidar, confortar e apoiar. Estes pressupostos enfatizam a necessidade de

desenvolver um relacionamento interpessoal entre a pessoa e o enfermeiro, pois no momento do cuidar, o enfermeiro interage intencionalmente com a pessoa cuidada, valorizando-a enquanto ser único e completo, vivenciando o cuidar momento a momento (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Os parágrafos anteriores expõem a minha prestação de cuidados à pessoa com IC, contribuindo concomitantemente para a promoção da qualidade e da segurança dos mesmos. Na medida em que a prevenção de complicações, como a infeção, bem como a promoção do bem-estar através da gestão diferenciada da dor e do impacto emocional da pessoa decorrente da sua situação crítica, são enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional especializado à PSC (Regulamento n.º361/2015 de 26 de junho de 2015).

Durante este estágio, participei no *webinar* “Grupo de Estudo de IC da Sociedade Portuguesa de Cardiologia – Heart Team 2021”, com destaque para a educação em saúde da pessoa com IC. Foi reiterada a importância de fomentar a comunicação com a pessoa com IC, de promover o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado de manutenção, monitorização e gestão, de incluir a família no cuidar considerando a pessoa de forma holística, com ênfase no apoio psicossocial da mesma. Foi ainda referida a importância do trabalho em equipa multidisciplinar. Os desafios apontados foram a articulação com os cuidados de saúde primários e que seria importante existir formação diferenciada na área da enfermagem, a nível da temática da IC. Sendo a experiência de saúde individual, as intervenções de enfermagem também o devem ser pelo que foram enumeradas as seguintes estratégias de promoção de comportamentos de autocuidado: i) avaliar a literacia da pessoa, bem como da sua capacidade de cognição; ii) estabelecer relação terapêutica com a pessoa promovendo a escuta ativa, reforço positivo e demonstrando disponibilidade; iii) criar uma linha telefónica de apoio. Como se percebe, o ajuste de um plano de cuidados individualizado e centrado nas especificidades de cada pessoa, é uma estratégia que melhora os seus *outcomes*, havendo uma parceria partilhada e ativa no processo de cuidar em enfermagem (Suhonen, Välimäki, & Leino-Kilpi, 2008). Também os autores Jakimowicz e Perry (2015), afirmam que um plano de cuidados centrado na pessoa e desenvolvido para e com a pessoa, permite não só que esta seja participante efetivo no seu cuidar, expressando os seus medos, ansiedade e vulnerabilidade, como também que o

enfermeiro identifique e melhor compreenda as necessidades da mesma, tornando a implementação das intervenções de enfermagem eficazes.

O internamento numa UCI é, para muitas pessoas, uma situação transitória, pelo que é parte de um processo e não um fim, devendo a pessoa ser vista como um continuum de vida (DGS, 2003). Após a alta da UCI, a pessoa atravessa um estado de convalescença que carece de continuidade de cuidados, em conformidade com as características e exigências de cada situação em particular, assim, a promoção precoce do autocuidado revela-se basilar.

Emergiu assim a necessidade de colaborar com a equipa na implementação de intervenções de enfermagem promotoras de autocuidado na pessoa com IC. De acordo com Orem (2001), a pessoa com IC carece de “ajuda para recuperar da doença ou enfrentar os seus efeitos” (p.86); sinais e sintomas, perda de independência, sentimentos de ansiedade, tristeza ou medo. Aprender a viver com a IC depende das características individuais, da forma como a pessoa encara a patologia, da cultura, do apoio familiar, dos projetos de vida e recursos da sociedade Silva et al. (2020).

De acordo com Suhonen et al. (2008), as intervenções educativas de enfermagem centradas na unicidade da pessoa demonstraram ser mais efetivas relativamente aos ensinios padronizados e normativos. Em concordância estão Riegel e Dickson (2008), ao afirmarem que o autocuidado se revela mais eficaz em pessoas com mais conhecimentos e habilidades. Reiteram a importância do suporte dos profissionais de saúde na promoção do autocuidado e identificam a adesão ao mesmo um componente essencial para melhorar os *otcomes* dos cuidados, revelando-se primordial e de grande importância um trabalho colaborativo entre o profissional e a pessoa.

Por conseguinte, como forma a tornar a pessoa com patologia cardíaca um parceiro efetivo no cuidar, a estratégia individualizada de apoio-educação foi a intervenção de enfermagem que utilizei para a promoção do autocuidado. Tive a possibilidade de a realizar à PSC com Enfarte Agudo do Miocárdio, com IC, à pessoa em situação de pré e pós *Coronary Artery Bypass Grafting*, valvuloplastia e angioplastia, tendo eu própria sentido a necessidade de realizar um turno no serviço de hemodinâmica por forma a presenciar os procedimentos, para melhor poder preparar e esclarecer a pessoa antes da realização dos mesmos. As estratégias utilizadas para implementar a intervenção de apoio-educação foram a partilha de

informação escrita (distribuindo os folhetos informativos existentes no serviço) de acordo com o diagnóstico clínico individual, o esclarecimento de dúvidas bem como a partilha de informação verbal, utilizando uma linguagem clara e simples.

Uma situação significativa neste período de estágio, que deu corpo ao estudo de caso por mim desenvolvido, foi um senhor de 45 anos a quem foi diagnosticado IC, consequência de um enfarte agudo do miocárdio. Nesta situação específica, o senhor apresentava obstáculos ao seu autocuidado devido à falta de conhecimento sobre a patologia, bem como sobre os sinais/sintomas de descompensação, apresentava consumos tabágicos e de estupefacientes e tinha uma vida sedentária. Apresentava então todos os fatores descritos por Silva et al. (2020), que contribuem para o aumento das hospitalizações da pessoa com IC.

Por forma a promover comportamentos de autocuidado, suportei o cuidar nos métodos de ajuda estipulados por Orem (2001), entre os quais: a) guiar e orientar, b) proporcionar apoio físico e psicológico, c) proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e d) ensinar. No que respeita ao guiar e orientar, a minha intervenção consistiu em dar enfoque à importância de manter a terapêutica após alta (descrevendo os efeitos secundários e explicitando o objetivo de cada fármaco) e na influência dos estilos de vida na patologia cardíaca (incentivar à redução/cessão de hábitos tabágicos, dieta e hidratação). A informação foi desenvolvida de forma gradual, partindo do conhecimento que a pessoa tinha.

Para avaliar a compreensão da pessoa após cada ensino, foi utilizada a metodologia *teach-back*. Solicitei ainda que a pessoa descrevesse três coisas que decidiu fazer para controlar a sua IC. Em cada administração de terapêutica perguntava à pessoa os conhecimentos que tinha sobre o tipo de fármaco e qual a finalidade do mesmo por forma a fomentar a compreensão da mesma sobre a importância da terapêutica. A informação foi dirigida de forma fragmentada e repetida sempre que necessário e oportuno no decorrer do internamento, assegurando a retenção da mesma.

Relativamente ao proporcionar apoio físico, providenciei à pessoa autonomia supervisionada na realização das atividades de vida diária, numa situação específica, a pessoa desencadeou um quadro de dispneia funcional. Este acontecimento impulsionou a necessidade de informar a pessoa para o aparecimento de sintomatologia como sendo fadiga e dispneia durante a realização das atividades de vida diárias, e importância de desenvolver comportamentos de monitorização de

autocuidado, tendo orientado para a necessidade de dosear/ajustar o esforço na realização das atividades do cotidiano (Pereira et al., 2012).

A minha intervenção no apoio psicológico consistiu numa abordagem calma, na promoção da escuta ativa sem interrupções, encorajando a verbalização de sentimentos, percepções, ansiedade e medos, envolvendo a família através de videochamadas. Estava atenta também à presença de sinais não-verbais de ansiedade, pois, de acordo com Almeida (2019), a identificação de comportamentos não verbais pode contribuir para alcançar um eficiente resultado nos *outcomes* da pessoa. Algumas das intervenções anteriormente descritas são também identificadas como estratégias que promovem uma melhor comunicação em saúde. A minha intervenção apenas foi possível por ter estabelecido relação terapêutica com a pessoa, ou seja, uma relação de parceria, cujo principal propósito foi ajudar a pessoa a mobilizar os seus próprios recursos para obter melhores resultados na sua saúde (Almeida, 2019).

De acordo com Orem (2001), procurei agir como elemento facilitador, contribuindo no proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento. Assim, sempre que me era possibilitado ajudei a pessoa a andar pelo serviço doseando o seu esforço à atividade física, sendo esta uma das estratégias de ajuda e capacitação, por forma a promover o desenvolvimento de comportamentos de gestão de autocuidado, fomentando o seu julgamento clínico no controlo dos sintomas. Proporcionei também treinar a habilidade da pessoa no reconhecimento precoce de mudanças nos sinais e sintomas, fomentando comportamentos de monitorização de autocuidado e na identificação de sinais de alerta que careçam de ajuda profissional (Sousa, Neves & Lobão, 2019). Para isso foi necessário conhecer a pessoa, através de um diálogo autêntico, reconhecendo a sua individualidade, o que permitiu transformá-la num parceiro no cuidar, responsável pelo seu projeto de saúde. Em concordância, Brink e Skott (2013) afirmam que a vivência experienciada pela pessoa face à sua sintomatologia é subjetiva, única e individual. Os autores, afirmam que o profissional que escuta a narrativa da pessoa, percecionando a experiência, interpretação e significado que esta atribui, face às condicionantes que a sintomatologia causa no seu quotidiano, contribui para uma melhor compreensão do sofrimento, sensações e percepções, promovendo um plano de cuidados mais humanizado e centrado na pessoa.

Face ao exposto, neste caso clínico, colaborei na implementação de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa. Demonstrei conhecimentos sobre técnicas de comunicação, utilizando-as como estratégias facilitadoras da mesma. Geri a comunicação interpessoal fundamentando a relação terapêutica com a pessoa, o que permitiu cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica. Refletindo sobre o significado das afirmações da pessoa com IC, proporcionei um cuidado centrado na mesma, através da intervenção individualizada na promoção do autocuidado, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade. Atendendo que este é um dos enunciados descritivos da qualidade dos cuidados (CNA, 2008; ESEL, 2010; Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018; Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019). Evidencia-se também a função de ajuda e de educação enunciadas por Benner (2001).

O objetivo das intervenções descritas foi de ajudar a pessoa a melhorar o seu conhecimento e habilidades, no sentido de influenciar a sua decisão, para manter uma conduta adequada e promotora do seu autocuidado. Para Riegel et al. (2012), o processo de autocuidado é aprendido e aqueles que não refletem o que aprendem não atingem a mestria. Por forma a melhorar os *outcomes* é essencial, além da pessoa ser detentora do conhecimento, ter também consciência e refletir sobre o mesmo, para assim aderir aos comportamentos de autocuidado de forma livre e esclarecida. Através de uma reflexão crítico-reflexiva sobre a prática clínica em contexto de estágio, considerei que seria benéfico existir uma avaliação da pessoa à posteriori da alta clínica, no que respeita ao cumprimento dos ensinados adquiridos durante o internamento.

Neste sentido, considerei pertinente o desenvolvimento de uma proposta de projeto de teleconsultas de *follow-up* após a alta. O desenvolvimento de projetos neste âmbito, permite dar visibilidade à intervenção de enfermagem evidenciando os *outcomes* da pessoa, contribuindo para os ganhos em saúde, através da redução nos reinternamentos e comorbidades associadas à doença (OE, 2013). Os autores Silva et al. (2020), defendem que a utilização de mecanismos educativos ancorados em metodologias ativas com recurso a tecnologias em saúde podem favorecer a consolidação das orientações/ensinos realizados pelo enfermeiro. Em reunião com o enfermeiro orientador, e apesar da necessidade do projeto, foi identificada como grande ameaça à implementação deste projeto a escassez de enfermeiros, ficando como sugestão para o futuro.

No serviço, os registos de enfermagem são executados manualmente, em narrativa aberta, o que dificultava a minha compreensão durante a passagem de turno. Ao identificar esta dificuldade em toda a equipa, considerei oportuno elaborar um documento guia, de acordo com a metodologia ABCDE, para a elaboração de registos de enfermagem (Apêndice II). Esta ferramenta permite uma avaliação e abordagem à PSC de forma sistematizada, facilitando a interpretação da informação e a continuidade de cuidados. Em concordância com a Circular Normativa nº07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010, a sequência ABCDE definida pelo *American College of Surgeons* é uma metodologia de avaliação rápida, eficaz e segura da pessoa em deterioração ou em situação crítica. A abordagem compreende a avaliação de cinco etapas: A “*Airway*” – Permeabilidade da via aérea; B “*Breathing*” – Ventilação e oxigenação; C “*Circulation*” – Circulação com controlo de hemorragia; D “*Disability*” – Disfunção Neurológica e ainda E “*Exposure*” – Exposição com controlo de temperatura. Por forma a apresentar o documento para elaboração de registos de enfermagem, realizei uma apresentação oral no serviço cujo o plano de formação da sessão se encontra em Apêndice III. Sendo um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, desenvolvi competências na colaboração com os pares, clínicas, de liderança, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e no domínio da melhoria contínua da qualidade (CNA, 2008; Decreto de Lei n.º65/2018 de 16 de agosto de 2018; ESEL, 2010; Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Ainda no âmbito da formação contínua em enfermagem, apresentei um póster científico no VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem (Apêndice IV), intitulado “Passaporte para o autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca”. Este trabalho enaltece o autocuidado da pessoa com IC, onde são descritas intervenções de enfermagem que o promovem. Tal como o passaporte promove a liberdade na circulação, a promoção de comportamentos de autocuidado permitem à pessoa autonomia na monitorização, manutenção e gestão da IC, permitindo influenciar favoravelmente a sua vida diária, reduzindo readmissões hospitalares e mortalidade (Riegel & Dickson, 2008). Recorrendo à competência de investigação, a informação científica evidenciada no póster foi sustentada na realização da RIL. Fazendo uso intencional do conhecimento adquirido da evidência científica, sustentei e aperfeiçoei a minha prática clínica e disseminei-o para o desenvolvimento da enfermagem (CNA, 2008; Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de estágio é um documento que autentica o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem. Sendo o foco do cuidar a promoção do autocuidado à PSC com IC, revelo uma preocupação constante na promoção da qualidade dos cuidados nos contextos clínicos, sustentando o meu agir numa PBE e através dela participar na disseminação do conhecimento.

Por forma a alcançar objetivos estabelecidos que guiaram o meu percurso, recorri a um conjunto de fatores, tais como: o contributo das disciplinas teóricas ao longo dos semestres do curso de mestrado, a promoção da prática reflexiva evidenciada pela realização do jornal de aprendizagem, de um estudo de caso, dos contextos clínicos onde estagiei, da partilha de saberes com as equipas multidisciplinares bem como da orientação tutorial com a professora orientadora.

De acordo com Kemp e Conte (2012), a IC é considerada um problema de saúde pública, devido à sua elevada prevalência bem como à morbilidade e mortalidade que lhe estão associadas. Consiste numa síndrome que está em ascensão, sendo caracterizada por disfunção cardíaca, estrutural e/ou funcional, condicionando o funcionamento cardíaco. Tal facto contribui para o desenvolvimento de sintomatologia de agravamento progressivo que gera limitações ao autocuidado da pessoa Silva et al. (2020). Neste sentido, Marques et al. (2016) reiteram a importância da promoção de comportamentos de autocuidado na pessoa com IC, refletindo-se de forma benéfica na vida da mesma.

A relevância do autocuidado no contexto de saúde, é reconhecida. A promoção do autocuidado através da construção de uma abordagem individual adquire profundidade, possibilitando desta forma fomentar o impacto social do mesmo nas reduções das admissões hospitalares e redução dos encargos económicos em saúde.

Neste sentido, a intervenção de enfermagem à pessoa com IC, deve ter por base a promoção do autocuidado. A mesma deve ser realizada de forma contínua, nos diferentes contextos, em resposta às necessidades afetadas, potenciando um envolvimento ativo da pessoa. Possibilitando assim manter funções básicas, prevenir complicações e limitando incapacidades (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018).

Em concordância com a informação obtida na RIL, também na Teoria do Défice de Autocuidado, a intervenção de apoio-educação, adequada às reais necessidades

e capacidades de cada pessoa, é uma estratégia de promoção do autocuidado, através da melhoria do conhecimento e habilidades de autocuidado da pessoa (Orem, 2001).

A educação para o autocuidado não é livre escolha da enfermagem, mas sim um dever profissional presente na legislação que rege o exercício profissional de enfermagem (Decreto de Lei nº161/96 de 4 de setembro de 1996). Assim, o enfermeiro na sua prática clínica, além de cuidador deve ser também educador, contribuindo para melhores *outcomes* individuais da PSC, havendo também utilidade social através da redução de reinternamentos e, conseqüentemente dos custos em saúde. Reconhece-se a comunicação como uma ferramenta nobre e estruturante para a prestação de cuidados.

Os estágios realizados permitiram mobilizar os conhecimentos teóricos para as reais situações por mim vivenciadas, contribuindo para uma experiência única e individual na construção de diferentes saberes através de uma ação holística e real em contexto de SU e UCI.

Relativamente ao estágio em contexto de SU, a diversidade de situações presenciadas, permitiu uma prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos de doença/ falência orgânica, contribuindo assim para consolidar competências no cuidar da PSC (Regulamento 429/2018 de 16 de julho de 2018). Da constante e profunda análise/reflexão da prática clínica, construí uma nova percepção da prestação de cuidados em contexto de urgência, que contribuirá para o meu agir profissional enquanto enfermeira num SU. Em concreto, objetivei que a prestação de cuidados na sala de emergência, deve ser aproveitada como uma oportunidade ímpar na promoção do autocuidado da PSC.

Ainda neste contexto, com a oportunidade de integrar a equipa da VMER, colaborei no âmbito da abordagem e resposta primárias, onde tive a possibilidade de experienciar diferentes situações de emergência, respeitantes a patologias de variados foros. Constatei que no extra-hospitalar é possível e exigido, humanização nos cuidados prestados sendo que a equipa no local, é a única resposta possível para a pessoa e família. As intervenções de enfermagem por mim desenvolvidas no decorrer dos contextos de estágio, tiveram fundamento científico na realização da RIL.

No que respeita ao estágio em contexto de UCI pelo facto de ser uma unidade especificamente do foro cardíaco, associado ao facto de nunca ter contactado com a realidade em contexto de UCI, tive a possibilidade de adquirir novos conhecimentos

no que respeita à prestação de cuidados específicos à pessoa com IC. A experiência vivenciada neste contexto possibilitou-me refletir sobre a importância da colaboração da enfermagem em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da importância de desenvolvimento de projetos fundamentados, contribuindo para o desenvolvimento e visibilidade da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Nesta vivência em UCI tive a oportunidade de realizar uma apresentação oral aos pares, com o desígnio de produzir um guião de abordagem, avaliação, intervenção, tratamento e registo da PSC. Esta atividade promoveu o desenvolvimento de competências de enfermagem avançada, através da identificação das necessidades de aprendizagem da equipa. Com a participação no VIII Congresso Internacional Virtual Ibero-americano de Enfermagem, através da publicação de um póster científico, possibilitou-me consolidar os conhecimentos adquiridos no que respeita à intervenção do enfermeiro na promoção do autocuidado à pessoa com IC, mobilizando as competências necessárias para a disseminação do conhecimento.

Em ambos os contextos tive a oportunidade de comunicar e integrar a família no cuidar, apesar das limitações impostas pela pandemia por SARS-COV-2, considero que as estratégias delineadas, para superar as mesmas foram eficazes. A pandemia despoletou a necessidade de recorrer à tecnologia como aliada, promotora de impacto positivo na prestação de cuidados (Sasangohar et al., 2020). Fazendo uso da visita virtual, foi possível a integração da família no cuidar, promovendo a proximidade junto da pessoa e colmatar também a necessidade de informação da mesma. Revelou-se fundamental manter a dimensão humana na prestação de cuidados à PSC e família.

Assim, reconheci a importância da comunicação no estabelecimento da relação terapêutica, como ferramenta útil que auxilia quer na redução o impacto negativo da situação de internamento, bem como nos obstáculos relacionadas com a restrição de visitas.

No decorrer deste trajeto desenvolvi em simultâneo, competências humanas que me permitiram mais crescimento e segurança pessoal e profissional, devido ao desenvolvimento de relações profissionais com as equipas, impulsionadoras do desenvolvimento colaborativo de saberes, que contribuíram para a melhoria da minha prestação de cuidados. No que respeita às dificuldades sentidas, relacionaram-se com a conciliação de horários e exigência imposta aos profissionais de saúde neste contexto pandémico, as quais hoje reconheço que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Reconheço como limitação do estágio em SU a

pouca casuística da pessoa com IC, no entanto a reflexão da prática clínica realizada nas situações reais vivenciadas permitiu ultrapassar essa barreira.

Futuramente com os ganhos adquiridos neste percurso e face às competências adquiridas, assumo a responsabilidade de mobilizar as aprendizagens para a minha prática clínica, promovendo a qualidade dos cuidados. Estabeleço como desígnio, partilhar conhecimentos com os pares ou outros membros da equipa de saúde, seja através de projetos de assessoria, formação ou investigação, contribuindo desta forma para a qualidade dos cuidados em enfermagem na promoção do autocuidado na pessoa com IC. Evidenciando a profissão de enfermagem através da minha prática profissional sustentada na teoria de enfermagem, isto é, com ênfase no cuidado à pessoa e às suas necessidades individuais.

O presente relatório permitiu dar ênfase ao paradigma preventivo dos cuidados prestados nos processos de saúde/doença. Enaltecendo a autonomia individual da pessoa através do desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, tornando-a mais competente na tomada de decisão. Evidenciando-se a necessidade do envolvimento dos cuidados de enfermagem, em face das necessidades e especificidades individuais da pessoa, recorrendo a estratégias como o ensino, o treino, a partilha de informação e o apoio ao desenvolvimento da pessoa com IC. Desenvolvendo um plano de cuidados adaptado e dirigido às potencialidades e dificuldades individuais, contribuindo para uma intervenção de enfermagem mais resolutive.

No entanto, com a previsão de aumento da incidência de pessoas com IC, estudos devem ser desenvolvidos no sentido de habilitar as mesmas e família a tornarem-se efetivos no autocuidado, por forma a uma melhoria do quadro clínico, com redução das descompensações e sofrimento individual, contribuindo para a redução de novos internamentos promovendo ganhos a nível social. Desejo que o presente relatório seja útil para futuras pesquisas desenvolvidas na área da promoção do autocuidado à pessoa com IC.

REFERÊNCIAS

- Al-Sutari, M. M., & Ahmad, M. M. (2017). Effect of educational program on self-care behaviors and health outcome among patients with heart failure: An experimental study. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, vol.15(nº4), pp.1–8. DOI:<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000108>
- Aliti, G., Rabelo, E., Domingues, F., & Clausell, N. (2007). Cenários de Educação para o manejo de pacientes com Insuficiência Cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.15(nº2), pp. 344–349. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200023>
- Almeida, C. (2019). *Modelo de Comunicação em Saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma Literacia em Saúde transversal, holística e prática* [Pós-graduação em Literacia em Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://hdl.handle.net/10400.12/7662>
- Anderson, K. M., Leister, S., & De Rego, R. (2020). The 5Ts for Teach Back: An Operational Definition for Teach-Back Training. *Health Literacy Research and Practice*, vol.4(nº2), pp. 94–103. DOI:<https://doi.org/10.3928/24748307-20200318-01>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Comemorativa). Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A thinking-in-Action Approach* (2ª edição). Springer publishing company.
- Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Pessoal*, pp. 60–63. [http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf](http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf)
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). Nursing as caring: a model for transforming practice. In NLN publications. Publishers, Jones and Bartlett.
- Brink, E., Skott, C.. (2013). Caring about symptoms in person-centred care.*Open*

Journal of Nursing, vol3, pp. 563-567. DOI:
<http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.3877>

Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced Nursing Practice: A National Framework*. Canadian Nurses Association (1ªedição). Canadian Nurses Association

Cardiga, R., Proença, M., Carvalho, C., Costa, L., Botella, A., Marques, F., Paulino, C., Carvalho, A., Fonseca, C. (2015). What do we know about carbon monoxide poisoning and cardiac compromise? Treatment and prognosis. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, vol34(9), pp. 557.e1-557.e5. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.repce.2015.07.002>

Cavalcante, L., Lima, F., Custódio, I., Oliveira, S., Meneses, L., de Oliveira, A., & de Araújo, T. (2018). Influência de características sociodemográficas no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.71(nº6), pp. 2760–2767. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>

CIPE Versão 2. (2011) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95099-18-0

Circular Normativa Nº 07/DQS/DQCO da Direção-Geral da Saúde. Organização Dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Obtido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx>.

Circular Normativa Nº 002/2018 da Direção-Geral da Saúde. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata (2018). Obtido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Cruz, C. D. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico & Tratamento*, vol.21(nº3), pp. 106–108. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf

Danski, M., Oliveira, G., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. (2017). Importância da Prática Baseada em Evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado E Saúde*, vol.16(nº2), pp.2-6. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>

Decreto de Lei n.º65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Regime jurídico dos graus e diplomas do Ensino Superior (2018). Diário da República – 1ª série, nº157. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Decreto de Lei n.º24/2014 da Assembleia da República. Direitos e Deveres do utente nos Serviços de Saúde (2014). Diário Da República: 1ª série, nº57. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>

Decreto de Lei nº161/96 do Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). Diário da República: I série, nº 205. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Decreto de Lei nº 34/2012 do Ministério da Saúde. Orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Diário da República: 1ª série, nº 32. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/34/2012/02/14/p/dre/pt/html>

Despacho nº 11/2002 do Ministério da Saúde. Organização dos Serviços de Urgência (2002). Diário da República: I série – b, nº 55. ELI: <https://data.dre.pt/eli/despnorm/11/2002/03/06/p/dre/pt/html>

Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (2014). Diário da República: 2ª série nº 153. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Despacho nº 13427/2015 do Ministério da Saúde. Definição e classificação dos serviços de urgência (2015). Diário da República: II série, nº 228. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/71066231>

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. (1ªedição). Direção- Geral da Saúde <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da->

<saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>

ESEL. (2010). *Objetivos e Competências do CMEPSC*. <https://bit.ly/2HemEQM>

Fonseca, C. (2017). Comentário a "Epidemiologia da insuficiência cardíaca: prevalência da insuficiência cardíaca e da disfunção ventricular nos idosos ao longo do tempo. Uma revisão sistemática". *Revista Portuguesa de Cardiologia*, vol.36(nº5), pp. 405-407. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.03.002>

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Heart failure in numbers: Estimates for the 21st century in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, vol.37(nº2), pp. 97–104. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>

Freitas, M., Costa, A., Santos, B., & Arriaga, M. (2019). *Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. (1ª edição). Direção-Geral da Saúde. DOI: <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>

Gonçalves, F., & Albuquerque, D. (2014). Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem UERJ*, Vol.22(nº3), pp. 422–428. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13769>

Hart, J., Turnbull, A., Oppenheim, I., Courtright, K. (2020). Family-Centred Care During the COVID-19 Era. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol.60(nº2), pp. 93-e97. DOI: <http://doi.org.10/1016/j.jpainsymman.2020.04.017>

Jakimowicz, S., & Perry, L. (2015). A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, vol71(nº7), pp.1499–1517. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12644>

Jorge, S., & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, vol.12(nº2), pp. 5-11. DOI: <http://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>

- Kemp, C. D., & Conte, J. V. (2012). The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathology*, vol21(nº5), pp. 365–371. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.carpath.2011.11.007>
- Krinsley, J. S. (2006). Glycemic Control, Diabetic Status, and Mortality in a Heterogeneous Population of Critically Ill Patients Before and During the Era of Intensive Glycemic Management: Six and One-Half Years Experience at a University-Affiliated Community Hospital. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, vol18(nº4), pp. 317–325. DOI:<https://doi.org/10.1053/j.semtcvs.2006.12.003>
- Marques, M. do C., Lopes, M., Rebola, E., & Pequito, T. (2016). Autocuidado no Doente com Insuficiência Cardíaca. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, vol2(nº1), pp. 439–452. DOI:[http://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(1\).439](http://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(1).439)
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, vol.56(nº5), pp. 472–479. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. ., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, vol.23(nº1), pp.12–28. DOI:<http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto e Contexto Enfermagem*, vol.25(nº1), pp.1–9. DOI:<https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Monteiro, A., Guia, A., Brás, F., Pinho, I., Figueira, P., Fonseca, C. (2018). Autocuidado em pessoas com Insuficiência Cardíaca, a influência das intervenções de enfermagem. *Journal of Aging and Innovation*, vol.7(nº2), pp.177-183. <http:// Journal of Aging and Innovation>
- Nascimento, A., Maia, J. (2021). Comportamentos suicida na pandemia por COVID-19: Panorama geral. *Research, Society and Development*,

vol10(nº5), pp.1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15923>

Oliveira, A., Cavalcante, A., Carneiro, C., Santos, V., Moorhead, S., Lopes, J., Barros, A. (2020). Educação em saúde: efetividade das intervenções em pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.73(nº2), pp. 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0782>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de Setembro). Acedido em: 08/05/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros. [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião para elaborac_ão projetos qualidade SRS.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião_para_elaborac_ão_projetos_qualidade_SRS.pdf)

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ªed). Mosby.

Paiva, A. (2007). Enfermagem Avancada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* vol.55, pp. 11–19.

Pedreirinho, A., Godinho, H., Pinto, M., Correia, P., Mendes, F., & Marques, M. do C. (2016). A fadiga dos alarmes na segurança do doente: Revisão Sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, vol.2(nº2), pp. 543-562. DOI: [https://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(2\).544](https://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(2).544)

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Pública*, vol.34(nº3), pp. 259–275. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Peixoto, N., Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, série V(nº11), pp.121-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Pereira, D. A. G., Rodrigues, R. S., Samora, G. A. R., Lage, S. M., Alencar, M. C. N., Parreira, V. F., & Britto, R. R. (2012). Capacidade funcional de indivíduos com insuficiência cardíaca avaliada pelo teste de esforço cardiopulmonar e classificação da New York Heart Association. *Fisioterapia e Pesquisa*, vol.19(nº1), pp. 52–56. DOI:<https://doi.org/10.1590/s1809-29502012000100010>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem* (1ªEd). Formasau.

Pires, T., Fontana, E., Pinto, C., Ribeiro, G., Reis, B. (2021). Uso de dispositivos mecânicos de compressão torácica na parada cardíaca: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, vol13(2), pp. 1-11. DOI: <http://doi.org/1025248/REAS.e6209.2021>

Ponce, P. (2012). *Manual de Urgências e Emergências*. (2ªEd). LIDEL

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., ... Davies, C. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, vol.37, pp. 2129–2200. DOI:<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>

Quezia, L., Frossard, J., & Queluci, G. (2010). Educação de pacientes com insuficiência cardíaca pelo enfermeiro: uma revisão integrativa. *Cuidado é Fundamental*, vol.2, pp.591–595. <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/986>

Regulamento nº 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015). Diário da República: 2ª série, nº123. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/67613096/details/maximized>

Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. 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 (2018). Diário da República: 2ª série, nº 135. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). Diário da República: 2ª série, nº 26. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol.23(nº3), pp.190–196. DOI:<https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>

Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A. (2012). A middle-Range Theory of Self-care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, vol.3(nº35), pp.194–204. DOI:<https://doi.org/10.1891/9780826159922.0016>

Russo, V., Cassini, R., Caso, V., Donno, C., Laezza, A., Naddei, M., ... Nigro, G. (2021). Nursing Teleconsultation for the Outpatient Management of Patients with Cardiovascular Disease during COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol.18(nº4), pp. 1–10. DOI:<https://doi.org/10.3390/ijerph18042087>

Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B., & Masud, F. (2020) Use of telecritical care for family visitation to UCI during the COVID-19 pandemic: An interview study and sentiment analysis. *BMJ Quality & Safety*, pp.1-7. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011604>

Schuck, F. W., Weber, G. M. F., Schaefer, C. K., Reinheimer, M. W., & Rockenbach, D. M. (2020). A influência da pandemia de COVID-19 no risco de suicídio. *Brazilian Journal of Health Review*, vol.3(nº5), pp. 13778–13789. DOI:<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-194>

Silva, A., Carvalho, B., & Guedes, M. (2020). Orientações de enfermagem voltadas para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. *Revista Enfermagem Contemporânea*, vol.9(nº1), pp.1-9. DOI:<https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2592>

- Soares, M., Silva, B. Leal, L., Brito, L. Resck, Z., & Henriques, S. (2020). Estratégias para o desenvolvimento da comunicação em um hospital de urgência e emergência. *Revista Mineira de Enfermagem*, vol.24, pp.1-8. DOI: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20200045>
- Sousa, J., Neves, H., Lobão, C., Goncalves, R., & Santos, M. (2019). The effectiveness of education on symptoms recognition in heart failure patients to manage self-care: a systematic review protocol. *Professioni Infermieristiche*, vol.72(nº1), pp. 50–54. DOI:<https://doi.org/10.7429/pi.2019.721050>
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, vol.17(nº7), pp. 843–860. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x>
- Ulin, K., Olsson, L. E., Wolf, A., & Ekman, I. (2015). Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol15(nº3), pp. e19–e26. DOI:<https://doi.org/10.1177/1474515115569945>
- Zabala, A., & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências* (1ªEd). Artmed.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Revisão Integrativa da Literatura

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca: Uma Revisão Integrativa da Literatura

Nursing interventions to promote self-care in people with heart failure: An Integrative Literature Review

¹Anabela Ribas Figueira Lopes, ²Carla Alexandra Fernandes do Nascimento

¹ Mestranda em Enfermagem na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Enfermeira no Serviço de Urgência do Hospital de São Francisco Xavier. arflopes@campus.esel.pt; ² Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. carla.nascimento@esel.pt

RESUMO

Contexto: A insuficiência cardíaca revela-se um problema de saúde pública com notório impacto limitativo no autocuidado da pessoa que dela sofre, quer seja pelas limitações funcionais devido à sintomatologia, quer seja pela necessidade de esclarecimento da pessoa sobre a própria patologia. O desenvolvimento de comportamentos de autocuidado é uma estratégia não farmacológica promotora do tratamento da doença que melhora os resultados da pessoa com insuficiência cardíaca.

Objetivo: Identificar intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca.

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura, decorrente de pesquisa de artigos científicos realizada nas bases de dados CINAHL® e MEDLINE®.

Resultados: As intervenções de enfermagem identificadas foram subdivididas em três categorias: educação, suporte e cognitivo-comportamentais. Não se objetivou relação direta entre determinada intervenção e um comportamento específico de autocuidado. No que respeita às estratégias de intervenção identificadas constata-se que são variadas, destacando-se a informação verbal e escrita. Todos os estudos identificam comportamentos de autocuidado. Foram considerados outros resultados relevantes nomeadamente, uma melhoria da perceção da continuidade dos cuidados, consolidação da relação de parceria no cuidar, redução das readmissões hospitalares e melhor qualidade de vida.

Conclusão: As intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca são complexas, promovendo mais do que um comportamento de autocuidado. A intervenção individualizada de enfermagem apoio-educação parecer ser fundamental para uma tomada de decisão compartilhada sobre o plano de cuidados melhorando os outcomes da pessoa com insuficiência cardíaca.

Palavras-Chave: Intervenções de enfermagem, Pessoa com insuficiência cardíaca; Insuficiência cardíaca; autocuidado

SUMMARY

Context: Heart failure is a public health problem with a notorious limiting impact on self-care of the person who suffers from it, either because of the functional limitation due to the symptoms, or because of the need to clarify the person about the disease itself. The development of self-care behaviors is a non-pharmacological strategy that promotes the treatment of the disease that improves the results of the person with heart failure.

Aim: Identify nursing interventions that promote self-care in people with heart failure.

Methodology: Integrative Literature Review, resulting from research of scientific articles carried out in the CINAHL® and MEDLINE® databases.

Results: The identified nursing interventions were subdivided into three categories: education, support and cognitive-behavioral. It was not found direct relationship between a specific intervention and a specific self-care behavior. With regard to the identified intervention strategies, it appears that they are varied, with emphasis on verbal and written information. All studies identify self-care behaviors. Other relevant results were considered, namely, an improvement in the perception of continuity of care, consolidation of the partnership relationship in care, reduction in hospital readmissions and better quality of life.

Conclusion: Nursing interventions that promote self-care in people with heart failure are complex, promoting more than self-care behavior. The individualized support-education nursing intervention seems to be fundamental for a shared decision-making about the plan of care to improve the outcomes of the person with heart failure.

Keywords: Nursing interventions, person with heart failure; heart failure; self-care

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca é definida como uma síndrome clínica que resulta da incapacidade do coração em fornecer o fluxo de sangue necessário para satisfazer as necessidades da metabolização tecidual (Marques, Lopes, Rebola & Pequito, 2016). Caracteriza-se pela variabilidade de sintomas que variam desde cansaço, edemas, ortopneia, redução da tolerância ao exercício e dispneia, que com a evolução da patologia se tornam mais frequentes, podendo existir até mesmo em repouso e, em algumas situações, comprometer a vida (Ponikowski et al., 2016).

Representa um grave problema saúde pública, pois, além de atingir elevado número de pessoas, está também associada a elevada morbilidade e mortalidade, promovendo impacto a nível económico-social (Marques et al., 2016). Estima-se que a sua prevalência aumente em Portugal, cerca de 30% em 2035 (Fonseca, Brás, Araújo & Ceia, 2018).

No que respeita ao tratamento, o objetivo coincide no controlo da sintomatologia com estabilização do quadro clínico (Ponikowski et al., 2016). De acordo com Marques et al. (2016), a evolução progressiva da sintomatologia experienciada pela pessoa com insuficiência cardíaca, pode provocar limitações funcionais, causando impacto na qualidade de vida pessoa que dela sofre. Assim, consideram o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, como uma estratégia basilar para o tratamento não farmacológico da doença, melhorando os *outcomes* da pessoa (Marques et al., 2016).

O autocuidado é definido como uma atividade realizada pelo próprio, por forma a manter-se efetivo na satisfação das suas necessidades individuais, bem como nas atividades de vida diária (CIPE, 2011). Os enfermeiros, perante o permanente contacto no cuidar, estabelecem uma relação de proximidade com a pessoa, construindo assim uma oportunidade singular para promover o autocuidado à pessoa com insuficiência cardíaca. Cavalcante et al. (2018), reconhecem a influência das características sociodemográficas na prática do autocuidado. De acordo com os mesmos, revela-se basilar um acompanhamento clínico contínuo da pessoa com insuficiência cardíaca, adequando o plano de

cuidados à especificidade, singularidade e unicidade da mesma, para que o processo de autocuidado se torne efetivo. Em harmonia, Brink e Skott (2013) afirmam que a vivência experienciada pela pessoa face à sua sintomatologia é subjetiva, única e individual. Assim, a enfermagem deve adequar de forma singular a sua intervenção, colocando a pessoa no centro do cuidar, reconhecendo e valorizando a sua experiência e conhecimento prévios, bem como sentimentos, interpretações, expectativas e significado que atribuem à sua situação clínica (McCormack & McCance, 2006). Assim, é possível estabelecer uma relação de parceria no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, promovendo um plano de cuidados mais humanizado e centrado na pessoa. A inclusão da família no cuidar é de cariz obrigatório. Devendo a mesma ser considerada com um recurso colaborativo na promoção do autocuidado à pessoa com insuficiência cardíaca, reforçando não só a autonomia da mesma após a alta, bem como, auxiliando-a no sentido de suportar/gerir possíveis complicações (Gonçalves & Albuquerque, 2014; Ulin, Olsson & Ekman, 2015).

O conceito de autocuidado tem tido cada vez mais ênfase no domínio da saúde, sendo um dos descritivos de qualidade do exercício profissional (Regulamento nº361/2015). Assim, no sentido de desenvolver uma prática profissional que contribua para a qualidade dos cuidados prestados, o objetivo da presente revisão integrativa da literatura é identificar intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca. Suportado na seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca?”

METODOLOGIA

Para elaboração da presente Revisão Integrativa da Literatura foram necessárias cinco etapas: identificação da problemática, que suscitou interesse ao desenvolvimento da pesquisa e elaboração da respetiva pergunta norteadora da investigação; pesquisa na literatura; seleção dos estudos; extração e análise dos achados e discussão dos resultados (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A pergunta de investigação foi formulada através da mnemónica PICO, estabelecendo como população (P) “pessoa com insuficiência cardíaca”,

intervenção (I) “intervenções de enfermagem” que promovam o resultado/*outcome* (O) esperado - o “autocuidado”. O contexto não foi definido por forma a aumentar a abrangência da pesquisa.

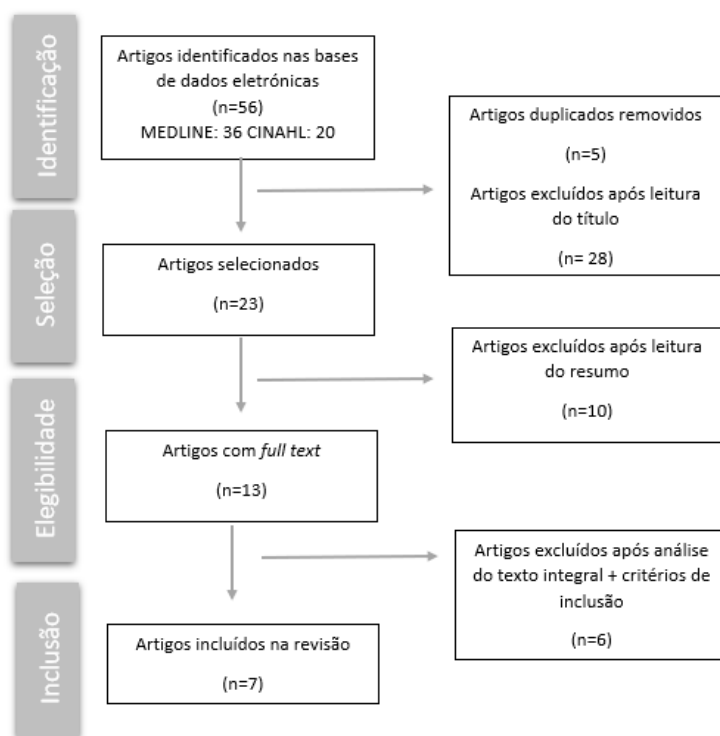
Etapas₁ - Identificação da problemática: a pergunta norteadora da presente revisão integrativa foi “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca?”. Os aspetos analisados foram o tipo de intervenção; a estratégia de implementação das mesmas e os comportamentos de autocuidado alcançados.

Etapas₂ – Pesquisa na literatura: A pesquisa foi desenvolvida no período compreendido entre 29 de novembro a 1 de dezembro de 2020. As bases de dados eletrónicas consultadas foram CINAHL® e MEDLINE® no período cronológico delimitado entre 2015-2020, por forma a garantir a sensibilidade na procura e abordar a informação mais recente sobre a temática. Na Tabela 1 podem identificar-se os termos naturais e de indexados utilizados para realização da pesquisa em cada uma das bases de dados. O MeSH (Medical Subject Headings) foi utilizado para a pesquisa na MEDLINE® e os Títulos CINAHL – CINAHL Headings para pesquisa na CINAHL®. Para realização da pesquisa foram utilizadas as expressões booleanas “AND” em termos que representem diferentes conceitos e “OR” em termos que representem o mesmo conceito.

Etapas₃ - Seleção dos estudos: foi feita através de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão de acordo com o fluxograma abaixo, presente na figura 1. Foram identificados 36 artigos na base de dados MEDLINE® e 20 artigos na CINAHL®. Primeiramente foram excluídos os documentos duplicados. Seguidamente, o título e resumo foram lidos, excluindo os que não cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos (consultar tabela 2). Por fim, após leitura do texto integral, sete artigos foram incluídos na revisão.

Por forma a avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados foi utilizada a classificação hierarquizada em seis níveis de evidência, que permite ponderar o rigor de cada estudo, dependendo da abordagem metodológica adotada em cada um deles. O nível 1 corresponde a um maior grau, e o nível 6 a um menor grau de evidência (Souza, Silva & Carvalho, 2010). Verificou-se que o E₁ tem classificação de nível 4. O E₂ e E₄ classificam-se de nível 3, e os restantes de nível 2.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos



Etapa4 - Extração e análise dos resultados: Foi desenvolvido um instrumento por forma a extrair, analisar e sintetizar os resultados dos documentos selecionados, composto pelos seguintes itens: 1- Dados sobre os documentos; 2- Tipo de estudo; 3- Características da amostra; 4- Objetivo do estudo; 5- Tipo de intervenção e estratégia de implementação da mesma; 6- Resultados no comportamento de autocuidado que foram desenvolvidos e 7- Conclusões do estudo.

RESULTADOS

Os documentos analisados foram todos publicados em jornais/revistas científicas de enfermagem ou médicas. De entre os sete estudos, dois foram realizados na América do Sul, outros dois na América do Norte, um na Ásia e dois na Europa. Relativamente ao contexto de intervenção, um estudo foi realizado no serviço de urgência, três dos estudos realizados durante o internamento hospitalar, outro em contexto domiciliário, e um outro em ambulatório, numa clínica de insuficiência cardíaca. O E₁ engloba estudos em

ambulatório, durante a hospitalização e na transição após a alta. A média de idades varia entre os 60.7 e os 78.7 anos, entre os quais a maioria são homens.

Intervenções realizadas

Da análise dos artigos, as intervenções identificadas foram agrupadas em três categorias: i) intervenções de educação, ii) intervenções de suporte e iii) intervenções cognitivo-comportamentais. As intervenções de educação envolveram a explicação da fisiopatologia da insuficiência cardíaca, identificação de sintomas, sinais de alerta e tratamento, informação sobre a dieta, a importância da atividade física e estilos de vida saudáveis, vacinação, monitorização de peso e de sintomas diariamente. Estas foram descritas em todos os estudos, excetuando o E4.

As intervenções de suporte incluíram o apoio psicológico, a escuta ativa, tranquilizar, aconselhar, controlo de sintomas depressivos e ansiedade (E3), assim como o incluir a família nas intervenções (E7) e identificar apoios da comunidade (E3; E7).

As intervenções cognitivo-comportamentais abrangem a responsabilização e consciencialização da pessoa (E4; E5), a gestão de barreiras na adesão aos comportamentos de autocuidado e a identificação de necessidades individuais (E3; E4), a motivação pessoal e autoconfiança foram também identificadas (E7).

Estratégias de implementação das intervenções

Diversas foram as estratégias para implementar as intervenções identificadas, tais como: i) informação escrita através de livros, panfletos, instrumentos para registo de sintomas (E1; E5; E6; E7), ii) informação verbal (E1; E5; E6; E7), iii) utilização das tecnologias da informação e comunicação, como exemplo, teleconsulta, aplicação audiovisual interativa, aplicação para *smartphone*, (E1; E3; E5; E6; E7), iv) visitas domiciliárias (E7), v) elaboração de plano de cuidados individualizado (E4), vi) encontros de presença física (E3), identificação e mobilização dos recursos e apoios presentes na comunidade (E4) e, vii) inclusão de familiares/cuidadores informais (E7).

Comportamentos de Autocuidado

Da presente revisão objetivaram-se comportamentos de autocuidado, nomeadamente: comportamentos de autocuidado de manutenção (E₁; E₂; E₃; E₅; E₆), autocuidado de monitorização (E₁; E₆) e autocuidado de gestão (E₆; E₇), todos concordantes com a *Theory of heart failure self-care* (Riegel & Dickson, 2008).

DISCUSSÃO

O objetivo da presente revisão foi identificar as intervenções de enfermagem promotoras de autocuidado em pessoas com insuficiência cardíaca. Os conceitos-chave para o autocuidado incluem comportamentos de manutenção, de monitorização e de gestão de autocuidado (Riegel et al., 2012).

Da revisão efetuada, as intervenções de enfermagem identificadas foram subdivididas em três categorias: educação (E₁; E₂; E₃; E₅; E₆ e E₇), de suporte (E₃; E₇) e cognitivo-comportamentais (E₃; E₄; E₅; E₇).

As intervenções de educação estiveram presentes em todos os estudos, sendo que um deles não faz referência à sua utilização. O que sustenta a perspetiva de Al-Sutari e Ahmad (2017), ao afirmarem que os programas de educação são uma estratégia eficaz no desenvolverem comportamentos de autocuidado. As intervenções menos visadas foram as de suporte. Não se objetivou relação direta entre determinada intervenção e um comportamento específico de autocuidado, o que reitera a complexidade do cuidar em enfermagem.

No que respeita às estratégias de intervenção identificadas constata-se que são variadas, destacando-se a informação verbal e escrita. A destacar a utilização das tecnologias da informação e comunicação, que à luz do paradigma que vivemos, devido à situação epidemiológica provocada pela doença COVID-19 se revelam de grande utilidade, pois permitem o acompanhamento e suporte da pessoa à distância, mantendo uma prestação de cuidados segura, assim como reduzir os custos relacionados com o transporte e o tempo nas deslocações. Reiterando que a pessoa com insuficiência cardíaca, poderá apresentar limitações funcionais, e a sua mobilidade estar comprometida, assim, o uso da tecnologia emerge como um

inovador e conveniente recurso adjuvante da prestação de cuidados (Sasangohar et al., 2020).

Em apenas um estudo há referência ao envolvimento da família no plano de cuidados. Contrapondo com o defendido por Riegel et al. (2012), que reconhecem a intervenção de família basilar, como um fator que potencia o desenvolvimento de habilidades para o AC através da construção de uma relação de apoio, confiança e proximidade.

Nos resultados, todos os estudos demonstraram comportamentos de autocuidado, emergindo também outro tipo de resultados, tais como: a melhoria da percepção da continuidade dos cuidados (E₃), a consolidação da relação de parceria no cuidar (E₄), a redução das readmissões hospitalares (E₅; E₆), o aumento da satisfação (E₅) e melhor qualidade de vida (E₆).

CONCLUSÃO

Petronilho (2012), afirma que o autocuidado é um conceito que está associado a autonomia no que respeita ao envolvimento ativo da pessoa na sua saúde, tornando-se responsável pela promoção e manutenção da mesma. Revela-se assim crucial promover comportamentos de autocuidado de forma individual, visando a redução do impacto que os processos de doença e o envelhecimento provocam a nível financeiro e social. No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a Enfermagem tem como objetivo a prestação de cuidados à Pessoa, de forma a que esta mantenha, melhore ou recupere a sua saúde, auxiliando-a a atingir a sua capacidade funcional máxima (Decreto de Lei nº161/96 de 4 de setembro de 1996). Assim, a intervenção de enfermagem urge como determinante na promoção do autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca.

Os resultados da presente revisão indicam que as intervenções de enfermagem por forma a promover o autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca, são complexas pois promovem o desenvolvimento de mais do que um comportamento de autocuidado. O autocuidado revela-se basilar na excelência dos resultados da pessoa com insuficiência cardíaca, sendo os comportamentos de autocuidado de manutenção os mais identificados nos estudos. No que respeita às intervenções de enfermagem, as intervenções de cariz educacional é

comum à maioria dos estudos. Destaca-se ainda a intervenção de suporte e desenvolvimento de um plano de cuidados com cerne na pessoa com insuficiência cardíaca. Assim, uma intervenção individualizada de enfermagem de apoio-educação parece ser fundamental, para uma tomada de decisão partilhada sobre o plano de cuidados e maior efetividade na promoção do autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca.

De Pedro, Amaral e Escoval (2016), a população portuguesa apresenta um nível de literacia em saúde inadequado no que respeita aos cuidados de saúde, contribuindo para uma maior probabilidade de hospitalizações e piores condições gerais de saúde, sendo um fator de risco para diversas doenças, nomeadamente, as cardiovasculares. O Artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros enuncia o dever que o enfermeiro tem para com a comunidade, no sentido de promover a saúde, proporcionando o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais para o autocuidado. Deste modo, as intervenções de promoção de autocuidado revelam-se basilares pois causam impacto na pessoa não só a nível individual, isto é, desenvolvendo a capacidade de a pessoa cuidar de si própria, mas também na sua componente social, através da promoção da literacia em saúde, reduzindo as readmissões hospitalares e suas repercussões no sistema financeiro de saúde que consequentemente melhora os ganhos em saúde (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

No que respeita à operacionalização das intervenções de enfermagem, apurou-se que as estratégias são variadas, com destaque para as tecnologias da informação e comunicação. Além dos resultados na promoção do autocuidado, outros ganhos foram alcançados, o que revela a importância e riqueza das intervenções de enfermagem.

O presente estudo pode ser útil para futuras pesquisas desenvolvidas na área da promoção do autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca. Reiteramos a importância de realização de mais estudos na temática abordada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os revisores declaram que a presente revisão integrativa não possui conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Al-Sutari, M. M., & Ahmad, M. M. (2017). Effect of educational program on self-care behaviors and health outcome among patients with heart failure: An experimental study. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 15(4), págs. 1–8 DOI:<https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000108>
- Boisvert, S., Proulx-Belhumeur, A., Gonçalves, N., Doré, M., Francoeur, J., & Gallani, M. C. (2015). Revisão integrativa sobre intervenções de enfermagem voltadas para a promoção do auto-cuidado entre pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), págs. 753–768. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0370.2612>
- Breathett, K., Maffett, S., Foraker, R. E., Sturdivant, R., Moon, K., Hasan, A., ... Abraham, W. T. (2018). Pilot Randomized Controlled Trial to Reduce Readmission for Heart Failure Using Novel Tablet and Nurse Practitioner Education. *The American Journal of Medicine*, 131(8), págs. 974–978. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.02.017>
- Brink, E., Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, vol3, págs 563-567. DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.3877>
- Cavalcante, L., Lima, F., Custódio, I., Oliveira, S., Meneses, L., de Oliveira, A., & de Araújo, T. (2018). Influência de características sociodemográficas no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.71(nº6), págs. 2760–2767. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., Vadeboncoeur, A., McCusker, J., & Guertin, M. C. (2015). The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), págs. 666–676. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.007>

CIPE Versão 2. (2011) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95099-18-0

Decreto de Lei nº161/96 de 4 de setembro de 1996 do Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). Diário da República: I série, nº 205. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Heart failure in numbers: Estimates for the 21st century in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, vol.37(nº2), págs. 97–104. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>

Gonçalves, F., & Albuquerque, D. (2014). Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem UERJ*, Vol.22(nº3), págs. 422–428. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13769>

Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H. D., Wu, V. X., Lee, C. Y., Yang, L. F., ... Wang, W. (2019). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, págs. 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1177/1474515119872853>

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, vol.56(nº5), págs. 472–479. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Mantovani, V. M., Ruschel, K. B., De Souza, E. N., Mussi, C., & Rabelo-Silva, E. R. (2015). Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(1), págs.41–47. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500008>

Marques, M. do C., Lopes, M., Rebola, E., & Pequito, T. (2016). Autocuidado no Doente com Insuficiência Cardíaca. *Revista Ibero-Americana de Saúde e*

Envelhecimento, vol2(nº1), págs. 439–452.
DOI:[http://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(1\).439](http://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(1).439)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de Setembro). Acedido em: 08/05/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Pública*, vol.34(nº3), págs. 259–275. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., ... Davies, C. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, vol.37, págs. 2129–2200. DOI:<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem* (1ªEd). Formasau.

Regulamento nº 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015). Diário da República: 2ª série, nº123. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/67613096/details/maximized>

Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol.23(nº3), págs.190–196. DOI:<https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>

Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A. (2012). A middle-Range Theory of Self-care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, vol.3(nº35), págs.194–204. DOI:<https://doi.org/10.1891/9780826159922.0016>

Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B., & Masud, F. (2020). Use os telecritical care for family visitation to UCI during the COVID-9

pandemic: An interview study and sentiment analysis. *BMJ Quality & Safety*, págs.1-7. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011604>

Sezgin, D., Mert, H., Özpelit, E., & Akdeniz, B. (2017). The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 70, pp. 17–26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.013>

Souza, M., Silva, M., Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, Vol. 8 (nº1), págs. 102–106. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

Ulin, K., Olsson, L. E., Wolf, A., & Ekman, I. (2015). Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol15(nº3), págs. e19–e26. DOI: <https://doi.org/10.1177/1474515115569945>

Legenda de tabelas

Tabela 1. Termos de Pesquisa

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão

Tabela 3. Resumo dos estudos

Tabela 3 - Termos de Pesquisa

	Termos Naturais	Termos Indexados	
		CINAHL®	MEDLINE®
População	• Heart Failure • Cardiovascular Abnormalities • Critically ill Patients	• Heart Failure • Critically ill patients • Critical illness • Critical care • Cardiac patients • Cardiovascular abnormalities	• Heart Failure • Cardiovascular diseases • Critical care • Patient care • Critical illness
Intervenção	• Nursing Care • Critical care nursing	• Nursing Care • Nursing Interventions • Critical Care Nursing	• Nursing care • Critical care nursing • Cardiovascular nursing • Emergency nursing
Resultado	• Self Care	• Self care • self-care agency	• Self care • Self management • Patient participation

Tabela 4 - Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de Inclusão
População	Pessoa adulta (idade superior ou igual a 19 anos) com insuficiência cardíaca
Intervenção	Toda a documentação disponível cujas intervenções de enfermagem evidenciem a promoção do autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca
Resultados	Considerada toda a documentação disponível em que os resultados contribuam para a promoção do autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca
Documentos	Todos os documentos redigidos em inglês ou português, publicados no período de 2015-2020, desenvolvidos no âmbito do autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca, que cumpram os critérios de inclusão acima descritos
	Critérios de Exclusão
	Toda a documentação que não cumpra os critérios de inclusão

Tabela 3 – Resumo dos Estudos

Dados do documento (Título, autor, ano)	Tipo de Estudo (País)	Características da amostra	Objetivo	Tipo de intervenção e estratégia de implementação	Resultados	Conclusões
E ₁ "Revisão integrativa sobre intervenções de enfermagem voltadas para a promoção do autocuidado entre pacientes portadores de insuficiência cardíaca" (Boisvert et al., 2015)	Revisão integrativa da literatura (Brasil)	42 estudos incluídos, num total de n= 4799 pessoas com IC: - 26 estudos em ambulatório - dois estudos em pessoas hospitalizadas - 13 estudos na transição hospital – alta - um estudo não mencionou	Avaliar as principais características das intervenções implementadas por enfermeiros para otimizar o autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca	- Educação/ aconselhamento em todos os estudos (fisiopatologia, sintomas, tratamento) – informação escrita e verbal -14 estudos: estratégias cognitivo-comportamentais (troca experiências, consciencialização, gestão de barreiras) - Foram usadas as Tecnologia da Informação e comunicação (consulta telefónica, site de web) (15 estudos)	Comportamentos de manutenção: - Dieta - Adesão à medicação - Atividade física - Redução do consumo tabágico e álcool - Vacinação - Controlo de stress Comportamentos de Monitorização: - Controlo de peso, sinais e sintomas Comportamentos de gestão de sintomas	- As intervenções de promoção de autocuidado no contexto de insuficiência cardíaca são complexas e diversas -Todas as intervenções descritas foram de natureza educacional - Os comportamentos de autocuidado visados são maioritariamente de manutenção
E ₂ Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits" (Mantovani, Ruschel & Souza, 2015)	Estudo experimental pré e pós intervenção (Brasil)	32 pessoas após a alta por descompensação da insuficiência cardíaca em dois hospitais de referência no sul do Brasil	Verificar a adesão ao tratamento de pessoas com insuficiência cardíaca, em acompanhamento domiciliar, após alta hospitalar	- Educação quanto à doença, adesão ao tratamento (farmacológico e não farmacológico) - Três visitas domiciliárias para avaliar a adesão ao tratamento através de questionário	Comportamentos de manutenção: - Adesão ao tratamento	- A intervenção de educação no domicílio melhorou significativamente a adesão ao tratamento de pessoas com internamento recente por insuficiência cardíaca
E ₃ "The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial" (Cossette,	Ensaio controlado randomizado (Canadá)	203 pessoas (108 no grupo experimental) e (95 no grupo de controlo) num serviço de urgência	Avaliar o impacto da intervenção de enfermagem, num serviço de urgência: - Na procura do serviço de urgência	- Intervenção individualizada consoante as necessidades/ preocupações das pessoas (ensino, escuta ativa, tranquilizar, reconstruir significado,	Comportamentos de manutenção: - Maior capacidade de autocuidado para lidar com a doença o tratamento, terapêutica e atividades de vida diária	- Não se observou redução das visitas ao serviço de urgência - Efeito positivo significativo na perceção da continuidade dos cuidados, na capacidade de autocuidado, perceção da doença e

Frasure-Smith & Vadeboncoeur, 2015)			- Na percepção das pessoas no que respeita: à compreensão da doença, à continuidade dos cuidados, à capacidade de autocuidado, aos sintomas psicológicos e adesão à medicação 30 dias após a alta	confrontar, aconselhar, reforço positivo, reforçando o uso de recursos médicos que não na urgência). - Três encontros: um encontro paciente-enfermeiro antes da alta - Duas chamadas telefônicas até 10 dias após alta		na redução da ansiedade e sintomas depressivos - Não foram encontradas diferenças na adesão terapêutica
E ₄ "Person-centred care – An approach that improves the discharge process" (Ulin, Olsson, Wolf & Ekman, 2015)	Estudo experimental pré e pós intervenção (Suécia)	248 pessoas hospitalizadas (123 grupo controlo) e (125 no grupo de intervenção)	- Avaliar a eficiência no processo de alta, em pessoas com insuficiência cardíaca descompensada, com base em dois modelos de cuidados: o pré estabelecido e um centrado na pessoa (gPCC) – no qual é desenvolvido plano de cuidados proativo e individualizado	- Acompanhamento após a alta, identificando as necessidades e expectativas - Desenvolvimento de um plano de cuidados centrado na pessoa (gPCC) através da narrativa da pessoa sinalizando os cuidados de saúde primários e serviços domiciliários para acompanhamento após a alta hospitalar	- Reduziu incerteza sobre a doença e o tratamento - Reduziu o tempo de permanência no hospital	O processo de alta com base no modelo gPCC é vantajoso: - Permite a melhoria dos resultados no processo de alta - As pessoas com insuficiência cardíaca são parceiras ativas no planeamento dos seus cuidados - Facilita a identificação e mobilização de recursos de apoio à pessoa na comunidade (cuidados de saúde primários e serviços domiciliários)
E ₅ "Pilot Randomized Controlled Trial to reduce readmission for heart failure using novel tablet and nurse practitioner education" (Breathett et al., 2018)	Teste Piloto Randomizado Controlado (EUA)	53 pessoas no grupo de intervenção e 60 no grupo de controlo admitidos num centro académico quaternário	Determinar se incorporando uma aplicação audiovisual à educação em saúde, durante a hospitalização, reduz as readmissões hospitalares,	- Educação (informação verbal e escrita) -Educação interativa (recurso a uma aplicação interativa audiovisual)	- Aumentou a satisfação com o tratamento; - Melhorou a compreensão da responsabilidade da pessoa sobre a sua saúde Comportamento de Manutenção: - Melhorou a compreensão da medicação e seus efeitos secundários;	Comparativamente à educação <i>por si</i>, a combinação da aplicação com a educação demonstrou: - Reduzir as readmissões hospitalares (de forma pouco significativa, mas com tendência positiva)

			comparativamente à educação <i>per si</i> .		- Adesão terapêutica elevada em ambos os grupos	- Aumento da educação sobre a sua saúde e satisfação com o tratamento das pessoas com insuficiência cardíaca
E ₆ "The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial" (Sezgin et al., 2017)	Ensaio clínico randomizado (Turquia)	90 pessoas em ambulatório de um hospital universitário da Turquia: (45 no grupo de controlo) e (45 no grupo de intervenção)	Examinar o efeito de um programa de acompanhamento e cuidados de enfermagem para pessoas com insuficiência cardíaca no autocuidado, qualidade de vida e re-hospitalizações	- Educação - Informação escrita (livrete educacional; Folha de instruções com íman) - Informação verbal (educação individualizada) - Gráfico de monitorização diária (peso, sintomas e medicação extra) - Acompanhamento telefónico	Comportamentos de gestão: -Aumentou a capacidade de reconhecer sintomas e adaptá-los ao tratamento prescrito ou solicitar reajuste da prescrição terapêutica Comportamento de manutenção: -Melhorou a adesão terapêutica Comportamento de monitorização - Melhorou a capacidade de monitorizar sintomas	- O programa implementado melhorou o autocuidado e a qualidade de vida, reduzindo as re-hospitalizações (até ao 3º mês após alta clínica)
E ₇ "The development and pilot study of a nurse-led HOMe-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines" (Jiang et al., 2019)	Teste piloto de um programa de intervenção (Signapura)	Dez pessoas internadas em enfermarias cardíacas de um hospital público	- Descrever e desenvolver um processo sistemático para desenvolver um programa de intervenção de enfermagem (HOM-HEMP), avaliando a eficácia da melhoria do autocuidado em pessoas com insuficiência cardíaca	- Educação Psicossocial aos participantes e cuidadores: - Informação verbal (Sessão presencial de educação) - Informação escrita (manual de educação: compreender, gerir e viver com insuficiência cardíaca) - Kit de ferramentas (manual, caneca com régua de volume, comidas regionais e respetiva dose de sal, calendário para monitorizar peso e caixa	- Durante a intervenção não houve readmissões hospitalares Comportamentos de gestão: - Melhoria significativa no controlo de sintomas cardíacos	- O programa é viável e potencialmente eficaz na melhoria da gestão do autocuidado, reduziu ansiedade e sintomas depressivos, melhorando a saúde relacionada com a qualidade de vida -O programa pode ajudar as pessoas a gerir a insuficiência cardíaca em casa

				de comprimidos com alarme) - Três visitas domiciliárias quinzenais - Aplicação para smartphone		
--	--	--	--	---	--	--

APÊNDICE II

Guia para elaboração de notas de enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

GUIA PARA ELABORAÇÃO DE NOTAS DE ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A sequência ABCDE é uma metodologia de avaliação rápida, eficaz e segura da pessoa em deterioração ou em situação crítica. Foi originalmente desenvolvida nos Estados Unidos da América para atendimento de vítimas de trauma grave, tendo sido transposta para o contexto de cuidados em saúde por forma a melhorar a segurança da pessoa, permitindo uma linguagem comum de abordagem (American College of Surgeons, 2012).

De acordo com a Circular Normativa Nº 07/DQS/DQCO, os cuidados à pessoa em situação crítica carecem de coordenação e de uma abordagem sistematizada, com uma comunicação clara, por forma a que todos os intervenientes saibam como atuar. Assim, a metodologia utilizada é de acordo com a sequência “ABCDE” definida pelo *American College of Surgeons* (Direção-Geral da Saúde, 2010). Com a utilização desta metodologia é permitido realizar uma avaliação, identificando comprometimento potencial de vida e solucionar os problemas identificados de forma célere (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2019).

De acordo com o INEM, 2019 e as recomendações do *European Resuscitation Council*, 2015 os princípios subjacentes à avaliação da pessoa em situação crítica envolvem:

- Abordagem ABCDE consiste de forma estruturada em cinco etapas: A: “*Airway*” – Permeabilidade da via aérea; B: “*Breathing*” – Ventilação e oxigenação; C: “*Circulation*” – Circulação com controlo de hemorragia; D: “*Disability*” – Disfunção Neurológica e ainda E: “*Exposure*” – Exposição com controlo de temperatura;
- Avaliação completa e com regularidade;
- Resolver os problemas encontrados em cada etapa antes de avançar para a seguinte;
- Avaliar os resultados do tratamento;
- Solicitar ajuda adequada de forma atempada;
- Comunicar de forma eficaz com a equipa;

Fonte: Adaptado (INEM,2019)

ETAPA	ATITUDES/PARÂMETROS DE REGISTO
A – Via Aérea (Ênfase nos sinais de Obstrução da Via Aérea)	• Patente com ou sem adjuvantes (Secreções, gorgolejo, estridor, sibilos) • VMI (Descrever parâmetros) • Protocolo de extubação
B – Ventilação (Ênfase nos Sinais de insuficiência respiratória)	• Auscultação Pulmonar • Avaliar a simetria da expansão torácica/Drenos torácicos pleurais • Frequência, amplitude e ritmo respiratório • Verificar uso de músculos acessórios • Descrever interface de aporte de O₂ e avaliar SpO₂ • Gasimetria arterial/ Rx
C – Circulação (Ênfase nos Sinais de choque)	• Monitorização de TA, FC, TPC • Observar características da pele • Frequência, amplitude e ritmo do pulso • Avaliar traçado cardíaco • Número e localização dos acessos venosos (medicação/fluídos) • Dreno pericardiocentese • Análises/ Ecocardiograma • Terapia de substituição Renal • Débito urinário (características)
D – Estado Neurológico	• Avaliar Estado de Consciência: Glasgow/AVDS/RASS/ Comportamental da dor/BIS • Pupilas (tamanho e reatividade) • Défices motores/sensitivos • Glicémia
E - Exposição	• Controlo temperatura com privacidade (Exantemas, pensos...) • Protocolo de controlo dirigido da temperatura

Referências Bibliográficas

American College of Surgeons Committee on Trauma. (2012). *Advanced Trauma Life Support – ATLS*. (9ª ed). American College of Surgeons

Circular Normativa Nº 07/DQS/DQCO da Direção-Geral da Saúde. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Obtido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcoco-de-31032010-pdf.aspx>.

European Resuscitation Council. (2015). *Suporte Imediato de Vida*. (3ªed). ERC

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. INEM

APÊNDICE III

Plano de Formação da Sessão

PLANO DE FORMAÇÃO DA SESSÃO

TEMA DA SESSÃO: “Metodologia ABCDE – Guia para elaboração de notas de Enfermagem”

DATA DE REALIZAÇÃO: março 2021 (Devido ao contexto pandémico, optou-se por realizar quatro sessões ao grupo de profissionais escalados nos dias da mesma).

HORA: 16:30

DURAÇÃO: 15 minutos

LOCAL: Unidade de Cuidados Intensivos

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço e Estudantes de Enfermagem

FORMADOR: Enfermeira Anabela Lopes

OBJETIVO GERAL: Apresentar e explicar o guião de elaboração de registos de enfermagem

OBJETIVO ESPECÍFICO: Relembrar conhecimentos de abordagem da metodologia “ABCDE”, de acordo com a Circular Normativa Nº07/DQS/DQCO (2010)

METODOLOGIA: Expositiva

RECURSOS MATERIAIS: Computador; *PowerPoint*

RECURSOS HUMANOS: 32 enfermeiros, dois alunos do curso de licenciatura de enfermagem

APÊNDICE IV

Póster Científico apresentado no *VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem*



INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca é considerada um grande problema de saúde do século XXI, com elevados custos no orçamento para a saúde dos países desenvolvidos.

Diversos são os estudos que afirmam que pessoas com eficientes comportamentos de autocuidado apresentam melhor qualidade de vida, menores readmissões hospitalares e mortalidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: MEDLINE e CINAHL.

QUESTÃO: "Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca?"

ANO PUBLICAÇÃO: 2015-2020.

IDIOMA: Português e Inglês.

SELEÇÃO: Todos os tipos de estudo que cumpram os critérios de inclusão.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Cardíaca; Intervenções de Enfermagem; Autocuidado

OBJETIVO

Identificar intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca.

RESULTADOS

Intervenções de enfermagem

Cognitivo Comportamental	Suporte	Educação
- Motivação - Gestão das barreiras à adesão de comportamentos de autocuidado - Identificar necessidades individualizadas	- Apoio psicológico (escuta ativa, incentivar meditação, técnicas de relaxamento) - Envolver família - Otimizar sono	- Dieta; - Atividade física e sexual - Terapêutica - Vacinação - Tabaco - Adaptar viagens e lazer

Estratégias de Implementação

- Informação Verbal
- Informação Escrita
- Tecnologias de Informação e Comunicação (Teleconsulta; Aplicação audio-visual)
- Visitas Domiciliárias
- Plano de Cuidados Individualizado
- Encontros de presença física
- Incluir cuidadores informais
- Identificar recursos/apoios da comunidade

Comportamentos de Autocuidado

- Comportamentos de Manutenção
- Comportamentos de Monitorização
- Comportamentos de Gestão

CONCLUSÕES

Os comportamentos de autocuidado revelam-se essenciais na melhoria dos resultados em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca. As intervenções de cariz educacional são transversais à maioria dos estudos consultados. A intervenção individualizada de enfermagem apoio-educação parece ser fundamental para um cuidado centrado na pessoa, para uma tomada de decisão partilhada sobre o seu processo de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barcelon, S., Pons-Bellon, A., González, N., Doré, M., Francour, J., Gallot, M.C. Revisão integrativa sobre intervenções de enfermagem voltadas para a promoção do autocuidado entre pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28(4):703-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-2202-2019-00000>. [2]. Mariani, M., Rouchel, D., De Souza, R., Mendi, C., Ribeiro, S. Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-led home visits. *Asia Pac J Nurs*. 2020;28(1):42-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aspn.2019.09.001>. [3]. Cossette, S., Fraser-Smith, N., Vachon-Sun, A., McConner, J., Guerin, M.C. The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2020;102(1):104688-76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurst.2020.104688>. [4]. Ulin, K., Olson, L., Wolf, A., Elman, L. Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;1-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/1747989120939910>. [5]. Isarona, T., Hill, I., Bayo-García, A., La Roca, H.P., Cadiella, T., Chalkley, J., et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(18). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ehf.14447>. [6]. Ringel, B., Isarona, T., Stromberg, A. A middle-range Theory of Self-care of Chronic Illness. *Adv Nurs Sci*. 2012;33(3):201-204. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.02714.x>. [7]. Jiang, T., Steiner, S., Nguyen, H., Wu, V., Lee, C., Yang, L., et al. The development and pilot study of a nurse-led HOME-based Heart Failure self-Management Programme (the HOME-HFMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019;9(1-2). DOI: <https://doi.org/10.1177/1747989119841900>.

APÊNDICE V

Certificado da Participação de Comunicação tipo Póster apresentado no *VIII*
Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem



D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo
de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

RIBAS FIGUEIRA LOPES, ANABELA

Autor principal

FERNANDES NASCIMENTO, CARLA ALEXANDRA

Primer coautor

Han participado con la Comunicación tipo Póster:

Passaporte para o autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca

En el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación,
Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021.

25/03/2021

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala 3 Área temática 1 Capítulo 97

Editado por **FUNCIDEN**
ISBN CD-ROM: 978-84-18679-14-0
Depósito Legal: M-28323-2020

José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Profesional, Científico y Formativo



D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo
de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

RIBAS FIGUEIRA LOPES, ANABELA

Autor principal

FERNANDES NASCIMENTO, CARLA ALEXANDRA

Primer coautor

Han participado con el Capítulo de Libro:

Passaporte para o autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca

En el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación,
Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**
Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021.

25/03/2021

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala 3 Área temática 1 Capítulo 97

Editado por **FUNCIDEN**
ISBN CD-ROM: 978-84-19679-14-0
Depósito Legal: M-28323-2020



José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Profesional, Científico y Formativo

Enlace de validación: <https://congresos.funciden.org/validacion/941d0c64-8e85-11eb-bd97-06e8c1186537>

ANEXOS

ANEXO I

Certificado De Participação *Webinar DigiNurse*

I International DigiNurse Workshop

Learning ICT Supported Nursing for Self-Management of Patients



Certificate

This is to certify that **Anabela Ribas Figueira Lopes**, born on 1992-04-25, of Portuguesa nationality, ID no. 14201311, valid until 2028-07-17, has attended the **I International DigiNurse Workshop: Learning ICT Supported Nursing for Self-Management of Patients**, DigiNurse Project: 2017-1-FI01-KA203-034761, held on December 21st, 2020, at the Nursing School of Coimbra.

Coimbra, 21st December 2020

On behalf of the Organizing Committee

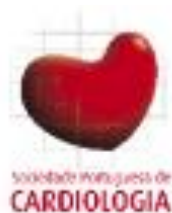
Ph.D. Professor Pedro Parreira

The President of the Nursing School of Coimbra

Ph.D. Professor Aida Cruz Mendes

ANEXO II

Certificado De Participação *Webinar Heart Team*



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se para os devidos efeitos que

Anabela Ribas

esteve presente na reunião do Grupo de Estudo de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia – Heart Team 2021, que teve lugar de forma virtual, nos dias 28 a 30 de Janeiro de 2021.

Lisboa, 30 de Janeiro de 2021


José Silva Cardoso


Aurora Andrade


Marisa Peres



ANEXO III

Certificado De Participação no *VIII Congresso Internacional Virtual Ibero-americano
de Enfermagem*



D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo
de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

RIBAS FIGUEIRA LOPES, ANABELA

Con Carta de Identidad: 14201311

Ha participado en el

VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación,
Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021

con un total de **54 horas**.

25/03/2021

José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés
Profesional, Científico y Formativo

Esta actividad docente, con nº de expediente 07-AFDC-00606.3/2021, ha sido acreditada por la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud, con créditos de formación continuada para las profesiones: Enfermería.
Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.

4,40 Créditos CFC



Enlace de validación: <https://congresos.funciden.org/validacion/9d4e5aac-8d5b-11eb-b735-0685e55e30a1>

