



O CUIDAR ESPECIALIZADO DO DOENTE CRÍTICO CORONÁRIO: DO PRÉ HOSPITALAR À CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Maria Isabel Bonifácio de Sousa

Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, no ramo da
pessoa em situação crítica, orientada pelo Prof. Daniel Cunha e apresentado à Escola
Superior de Saúde de Santa Maria

Fevereiro 2024

Porto

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

O CUIDAR ESPECIALIZADO DO DOENTE CRÍTICO

CORONÁRIO:

DO PRÉ HOSPITALAR À CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Maria Isabel Bonifácio de Sousa

Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, no ramo da
pessoa em situação crítica, orientada pelo Prof. Daniel Cunha e apresentado à Escola
Superior de Saúde de Santa Maria

Fevereiro 2024

Porto

O mestre disse a um dos seus alunos:

Yu, queres saber em que consiste o conhecimento?

Consiste em ter consciência tanto de conhecer uma coisa
quanto de não a conhecer.

Este é o conhecimento.

Confúcio

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Saúde do Santa Maria e à Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, aos seus docentes, e todos os colaboradores, pelo compromisso e dedicação constantes com os seus estudantes durante o caminho na aquisição de conhecimento

Ao Prof. Daniel Cunha pelo acompanhamento, orientação, e principalmente por toda a paciência que apresentou durante este meu percurso.

Aos enfermeiros orientadores, Pedro, Luís, Miguel, Helena e Joana, pela sua disponibilidade em me integrar e orientar nos contextos de prática clínica, ajudando-me a refletir e a ser melhor na minha prática profissional.

A todas as equipas multidisciplinares dos vários serviços por onde passei, que me acolheram e me apoiaram infinitamente.

À minha Enfermeira Chefe Madalena Meira, e aos meus colegas e amigos da Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital Padre Américo, que possibilitaram a minha frequência neste Mestrado, e que sempre me motivaram e apoiaram.

Às minha amigas pela amizade e apoio incondicional, em especial à Catarina Pinto, por me acompanhar nesta aventura. Sem ti nada disto seria possível.

Ao Marcelo, meu companheiro de todas as horas, pelo encorajamento, pela compreensão, e apoio nos momentos mais difíceis.

À minha família por estar sempre presente, e aqueles que já não estão entre nós, em especial ao Tio Abílio, a minha estrela da sorte, que sempre acreditou em mim.

Por último, mas principalmente aos meus pais, que me ensinaram o verdadeiro significado de cuidar com amor, que foram e são o meu pilar e a eles devo tudo o que sou hoje.

A todos, o meu sincero e profundo obrigada!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

DCVA – Doença Cardiovascular Aterosclerótica

DM – Diabetes *mellitus*

DTC – Dor Torácica Coronária

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMcsST – Enfarte Agudo do Miocárdio com supra desnivelamento ST

EAMssST – Enfarte Agudo do Miocárdio sem supra desnivelamento ST

ECG – Eletrocardiograma de 12 derivações

EEEMC – Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPH – Emergência Pré-Hospitalar

ESC – *European Society of Cardiology*

HTA – Hipertensão Arterial

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica ~

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC –Pessoa em situação crítica

RCV – Risco Cardiovascular

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SIV – Suporte Imediato de Vida

SUMC – Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgia Cardiotorácica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

O presente relatório “O Cuidar Especializado Do Doente Crítico Coronário: Do Pré-Hospitalar À Cirurgia Cardiotorácica” insere-se no plano de estudos do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no ramo da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Santa Maria em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, constituindo uma análise crítico-reflexiva do processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas da especialidade, bem como de Mestre, no cuidar da pessoa em situação crítica. A sua apresentação e discussão pública têm como objetivo a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Os ensinamentos clínicos desenvolvidos ao longo deste percurso académico foram essenciais, constituindo uma ferramenta fulcral para a construção deste relatório. Os mesmos foram realizados primeiramente no contexto de um Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgica e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. (UCIP). Posteriormente, tive oportunidade de passar pelo contexto Pré-Hospitalar, mais especificamente num meio Suporte Imediato de Vida (SIV) e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), e no final numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica (UCICT).

Com base na evidência científica mais recente e fidedigna, neste relatório apresento uma análise crítico-reflexiva de todo o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no ramo da pessoa em situação crítica, partindo dos objetivos definidos no início dos ensinamentos clínicos, descrevendo as intervenções realizadas de forma a alcançar os mesmos, realizando sempre a ponte entre o conhecimento e as experiências vivenciadas na prática clínica, que foram geradoras da minha capacitação como futura enfermeira especialista, tal como Benner (2001) menciona que o desenvolvimento de competências é essencial para o alcance da perícia necessária para a prestação de cuidados de excelência.

Palavras-chave: Competência profissional, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Cardiovascular, Cuidados Críticos.

ABSTRACT

This report “Specialized Care for the Coronary Critically Ill: From Pre-Hospital to Cardiothoracic Surgery” is part of the study plan of the 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the field of People in Critical Situation, at Escola Superior de Saúde Santa Maria in consortium with the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, constituting a critical-reflexive analysis of the process of developing common and specialty-specific skills, as well as Master's skills, in caring for people in critical situations. Its presentation and public discussion aim to obtain the Master's degree in Nursing.

The clinical teachings developed throughout this academic career were an essential tool for the construction of this report. They were first carried out in the context of a Medical-Surgical Emergency Service (ED) and a Multipurpose Intensive Care Unit. (UCIP). Subsequently, I had the opportunity to go through the Pre-Hospital context, more specifically in an Immediate Life Support (SIV) environment and in an Emergency and Resuscitation Medical Vehicle (VMER), and at the end in an Intensive Care Unit for Cardiototacic Surgery.

Based on the most recent and reliable scientific evidence, in this report I present a critical-reflexive analysis of the entire process of developing common and specific skills within the scope of the specialty of Medical-Surgical Nursing, in the field of people in critical situations, starting from the objectives defined at the beginning of clinical teaching, describing the interventions carried out in order to achieve them, always creating a bridge between knowledge and experiences lived in clinical practice, which were responsible for my training as a future specialist nurse, as Benner (2001) mentions that the development of skills is essential to achieve the expertise necessary to provide excellent care.

Keywords: Professional competence, Medical-Surgical Nursing, Cardiovascular Nursing, Critical Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1- O CUIDAR ESPECIALIZADO AO DOENTE CRÍTICO CORONÁRIO- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES	19
1.2 DOR TORÁCICA.....	23
1.3 A ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DOR TORÁCICA POR SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA	24
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ENSINOS CLÍNICOS	35
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA	35
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	37
2.3 EMERGÊNCIA EXTRA HOSPITALAR	39
2.4 SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	42
3. O PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO CORONÁRIO- DO PRÉ HOSPITALAR À CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	45
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	46
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA: NA ÀREA PESSOA EM SITUAÇÃO EM SITUAÇÃO CRÍTICA	56
3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÀREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório – Módulo III, integrado no 2º ano do 1º Semestre do 1º mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no ramo da pessoa em situação crítica da Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM), em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny (ESESJC), foi solicitado a realização do relatório crítico fundamentado, que espelhasse todo o percurso de desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgico à Pessoa em situação Crítica, bem como as competências de Mestre.

O tema central deste relatório é o “O Cuidar Especializado Do Doente Crítico Coronário: Do Pré-Hospitalar À Cirurgia Cardiorácica”, tendo como docente orientador o Professor Daniel Cunha.

Este ramo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC) tem como objetivo a aquisição de competências no cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC). A PSC, segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) *“é aquela em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização terapêutica”*. A legislação acrescenta à definição anteriormente mencionada que é alguém que apresenta risco de morte por falência ou quase falência de um ou mais órgãos vitais, e que depende de meios avançados de monitorização, vigilância e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº429/2018).

As práticas em contexto de ensino clínico constituem, sem dúvida, uma componente fundamental da formação pós-graduada, pois permite ao estudante colocar em prática um manancial de conhecimentos teóricos adquiridos, aplicar os mesmos na prática clínica, e conhecer outra realidade profissional.

Os ensinamentos clínicos foram realizados no contexto de Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), UCIP, Emergência Pré-Hospitalar (EPH), finalizando todo o percurso na UCICT.

A reflexão na prática de enfermagem tem vindo a adquirir mais reconhecimento pela sua importância no processo de aprendizagem levando à obtenção de um corpo de conhecimentos da disciplina que é a enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

O Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) defende que o enfermeiro Especialista é aquele que possui competências científicas e técnicas na área da sua especialidade. A literatura também menciona que competências são um conjunto de qualidades, comportamentos, habilidades e de conhecimentos, de num certo domínio do saber, que orientam a prática de um profissional e que levam a uma elevada qualificação do mesmo (Caselhas, 2020).

Este relatório tem como objetivo geral espelhar todo o percurso de aquisição de competências e experiências vivenciadas em contexto clínico, e todo o trabalho por detrás da realização dos ensinamentos clínicos, que resultaram no desenvolvimento profissional enquanto mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e especialista na assistência à pessoa em situação crítica, bem como contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal.

O presente relatório encontra-se dividido em três partes. Na primeira é realizado um breve enquadramento teórico, acerca das Doenças Cardiovasculares (DCV), da dor de origem torácica e a sua caracterização, e a assistência à pessoa em situação crítica com dor torácica de origem coronária, abordando as Síndromes Coronárias Agudas (SCA). Na segunda parte, é feita uma breve contextualização dos locais de estágio de forma a poder realizar a ponte com as experiências vivenciadas. Na terceira parte, e última, descrevo todo o processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista com base nos quatro domínios apresentados no regulamento emanado pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019), das competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, descrito no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, e por fim as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na conclusão é realizada uma síntese de todo o processo, englobando algumas considerações finais sobre a aprendizagem durante o meu percurso académico e profissional.

A realização deste relatório teve por base uma metodologia descritiva, com base em pesquisa bibliográfica, bem como numa análise crítico-reflexiva de todo o percurso efetuado, desde a componente teórica até aos ensinamentos clínicos.

Para concluir, referir apenas que foi utilizado o documento orientador para a realização de trabalhos escritos e de citações e referências bibliográficas preconizado pela ESSM, de acordo com a norma da *American Psychological Association*, 7ª edição.

1- O CUIDAR ESPECIALIZADO AO DOENTE CRÍTICO CORONÁRIO- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo é apresentado um enquadramento teórico, com base na melhor e mais recente evidência científica disponível, com vista a definir e expor conceitos, para posteriormente melhor articulá-los com a prática clínica vivenciada em contexto de estágio.

Assim, será abordada a epidemiologia das doenças cardiovasculares, a definição e caracterização de dor torácica (DTC), terminando o capítulo com o processo assistencial do doente com dor torácica por Síndrome Coronária Aguda, explorando a fisiopatologia da SCA e explanando a abordagem ao mesmo, desde a sua deteção até ao tratamento definitivo.

1.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) (2021) a Doença Cardiovascular Aterosclerótica (DCVA), no global, tem vindo a diminuir nos últimos anos, mais ainda é considerada como uma das principais causas de morbilidade e a mortalidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 2020, em Portugal no ano de 2019, as doenças cardiovasculares, constituíram a principal causa de morte, sendo estimado que em cada 100000 habitantes, 126,25 pessoas morreram devido a esta patologia. Dentro destas, estão incluídas as doenças cardíacas isquémicas, em especial as Síndromes Coronárias Agudas, definidas como um evento crítico, que exige um reconhecimento de sintomas e ação atempada no pré-hospitalar, e que pode levar a internamentos prolongados, com terapêutica invasiva, nomeadamente cirurgia cardíaca, ocasionando um aumento de morbilidades e comorbilidades (Ribeiro, 2020).

Em 2021, a ESC atualizou as suas *guidelines* com a introdução de novos calculadores de risco cardiovascular, adaptado às especificidades da pessoa, mais concretamente à sua idade, e aos doentes que já têm diagnóstico de DCVA, introduzindo

a reflexão sobre o benefício de certas decisões de tratamento segundo o tempo de vida da pessoa, sendo recomendado um processo de decisão partilhada.

Todo este processo de decisão partilhada, entre os profissionais da saúde e a pessoa em situação crítica, relativamente ao tratamento de fatores de risco, que normalmente é realizado numa perspetiva permanente ao longo da vida, aumenta o envolvimento do doente, a sua perceção de autoeficácia, e com isto a sua motivação em realizar alterações do seu estilo de vida e aderir ao regime medicamentoso (ESC, 2021).

Num estudo realizado em 2018, menciona que dos fatores de risco das DCVA, é a hipertensão arterial (HTA) que se apresenta com mais prevalência, 64,5%, depois a dislipidemia (48,9%), diabetes mellitus (DM) (29,4%) e tabagismo (25,4%) (Timóteo e Mimoso, 2018)

Por sua vez, consegue-se destacar as seguintes medidas preventivas: a cessação tabágica, adoção de estilos de vida saudáveis, mais especificamente a alimentação e a prática de exercício físico, o controlo da Pressão Arterial (PA), com Pressões Arteriais Sistólicas (PAS) inferiores a 160-130 mmHg, e controlo dos valores de colesterol *Low-density lipoprotein* (LDL) (C- LDL) e dos valores de Hemoglobina Glicada (HbA1c) que deverão ser inferiores a: 53 mmol/mol) (ESC, 2021).

Assim, a adoção de um estilo de vida saudável, dando destaque à cessação tabágica, como sendo um fator de risco modificável, é a forma mais eficaz de prevenir as DCVA, principalmente as Síndromes Coronárias, comparando a incidência destas doenças em pessoas não fumadoras independentemente da sua idade. Apesar de nos últimos anos ter sido constatado um decréscimo no seu consumo, existem certos grupos de pessoas em que mantém a sua prevalência, sendo possível verificar que o mesmo é motivado por fatores sociais de vulnerabilidade, baixa escolaridade e desigualdades no acesso a recursos e informação (Amorim, et al., 2019).

Assim, esta realidade isto constitui um problema social, que afeta diretamente a saúde comunitária, quem efetivamente consome tabaco e as pessoas que são expostas ao mesmo involuntariamente, e com isso, torna-se imperativo a aplicação de medidas de controlo que sejam efetivas (Amorim, et al., 2019).

Em 2007, no nosso país, foi criada uma legislação, que impõe medidas com o objetivo de proteger os cidadãos que se encontram expostos ao fumo do tabaco, bem como

normas que promovam redução da procura pelos seus utilizadores de forma a diminuir a dependência ou até cessar o seu consumo. Esta lei proibiu o uso do tabaco em certos locais, como serviços de atendimento ao público, locais de trabalho, instituições onde sejam prestados cuidados de saúde, estabelecimentos de ensino, transportes públicos, em todos locais fechados que não esteja garantida a ventilação direta para o exterior que proteja as pessoas não fumadoras dos efeitos nocivos do fumo. Também, estabeleceu o limite de quantidade de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono em cada cigarro que seja comercializado ou fabricado em Portugal, bem como passou a ser obrigatória que a embalagem de cigarros contenha frases de advertências gerais, e a venda proibida a menores de 18 anos. Menciona também a importância da educação para a saúde sobre o tema, e a criação de consultas especializadas que apoiem os fumadores que pretendam cessar o consumo de tabaco (Diário da República, Lei nº 37/2007).

Em 2023, o Governo estabeleceu uma Proposta da Lei que reforça a proteção das pessoas devido à exposição do fumo do tabaco, com o objetivo de alcançar “Uma Geração Livre de Tabaco em 2040”. Esta necessidade de alterar a Lei do Tabaco (Lei nº 37/2007, de 14 de agosto), surgiu devido ao crescente consumo de novos produtos de tabaco, principalmente pela população mais nova, aumentando as restrições ao fumo e à venda destes produtos.

As *guidelines* apresentadas, em 2021, pela ESC expõem fluxogramas de risco cardiovascular e de tratamento dos seus fatores de risco, segundo a idade da pessoa, conforme esta é inferior a 50 anos, de 50 a 69 anos, e em idade superior a 70 anos, e dividindo cada fluxograma segundo os seguintes critérios: se a pessoa é aparentemente saudável, se apresenta antecedentes de DCVA estabelecida, e se tem diabetes *mellitus* tipo 2.

Também introduzem os modificadores de risco cardiovascular, dando destaque aos sintomas de stress e fatores psicológicos de stress, história familiar de DCVA, Índice de Massa Corporal, bem como outras características da composição corporal, e fatores ambientais como a poluição atmosférica (ESC, 2021).

Relativamente à adoção de um estilo de vida saudável, como forma preventiva de doenças cardiovasculares e das morbilidades provenientes da mesma, as recomendações com maior evidência científica apresentadas pela ESC (2021), são:

- A prática de atividade física e exercícios físicos, mais especificamente, atividade física aeróbica pelo menos 150 a 300 minutos por semana de intensidade moderada, ou 75 a 150 minutos de intensidade vigorosa, isto para os adultos de todas as faixas etárias, sendo que quem apresenta alguma limitação física que impeça a realização de exercício físico deve-se manter o máximo ativo, segundo as suas condições de saúde;
- Uma dieta saudável, nomeadamente a dieta mediterrânea, com a substituição das gorduras saturadas por insaturadas, reduzindo a ingestão de sal para menos de 5 gramas de ingestão total por dia, como forma de diminuir a PA. De destacar que o consumo de álcool deve ser reduzido a 100 gramas por semana. Estas medidas também têm como objetivo a prevenção do excesso de peso de forma a reduzir a PA, dislipidemia, e o risco de DM tipo 2, de forma a melhorar o perfil de risco cardiovascular;
- A importância de cuidados de saúde mental, não descurando desta problemática, e dos seus efeitos ao nível cardiovascular, bem como no bem-estar global do indivíduo;
- Sobre o uso de tabaco em todas as suas formas (por exemplo “cigarro eletrónico”), é mencionado que todo o seu consumo deve ser suspenso indeterminadamente, independentemente do ganho de peso, uma vez que existe forte evidência do seu efeito nas DCVA, sendo que é mencionado que esta medida preventiva é uma das mais eficazes. Após a pessoa apresentar consciencialização desta relação do uso do tabaco com o Risco Cardiovascular (RCV), podem ser utilizados programas de apoio para a cessação, por exemplo, a criação de consultas de cessação tabágica com o seguimento destes doentes, bem como o uso de medidas farmacológicas de substituição da nicotina.

Para isto, como referido anteriormente, é necessária uma intervenção preventiva dentro da comunidade para esta problemática, de forma a aumentar a literacia em saúde, mais especificamente sobre as DCVA e os seus fatores de risco.

1.2 DOR TORÁCICA

A pessoa que apresenta DTC constitui atualmente um desafio para os profissionais da saúde, em todos os seus contextos. Esta situação deve-se à dificuldade de descrever a origem da mesma, ou seja, se resulta de uma Síndrome Coronária Aguda, que é uma condição potencialmente ameaçadora à vida, sendo o diagnóstico de 1/5 das pessoas com dor torácica. O termo específico utilizado que caracteriza a dor torácica por doença coronária, é a angina de peito (Segalla et. al. 2023).

Pois a dor torácica, ou dor no peito, constitui um sintoma, que pode ou não ser de origem cardíaca, mais propriamente coronária, que pode ou não ser de carácter emergente com risco de vida para a pessoa, que se for esse o caso necessita de um diagnóstico e tratamento imediato (Segalla et. al. 2023).

Esta dor pode ter diferentes etiologias, sendo que as suas principais origens podem ser de causa musculoesquelética, gastrointestinal, psiquiátrica, pulmonar e cardíaca. Contudo apenas algumas destas causas acarretam risco para o doente, por exemplo, uma dor torácica no contexto de SCA. Outros diagnósticos, também potencialmente fatais, são a Dissecção Aguda Da Aorta, por rutura ou perfuração do esófago, tamponamento cardíaco ou por tromboembolismo pulmonar (TEP) (Barbosa et. al., 2010).

A angina de peito afeta cerca de 20% a 40% das pessoas em algum momento do seu ciclo de vida. Estima-se que em média, seis milhões de pessoas recorrem ao serviço de urgência por dor torácica (Segalla et. al. 2023).

A literatura menciona também que pessoas do género feminino são mais propensas a esta problemática, bem como existe uma tendência para que as mesmas sejam diagnosticadas mais tardiamente (Abdelhaq et. al. 2023). Isto leva a um aumento dos tempos até à revascularização coronária.

Devido ao difícil diagnóstico, pelas diferentes etiologias que a DTC pode apresentar, o atraso na identificação da etiologia da mesma resulta num aumento da morbilidade e mortalidade, sendo imperativo a utilização de estratégias que diminuam a prevalência desta problemática.

Numa fase inicial, a dor torácica por SCA surge devido a uma diminuição da circulação local no miocárdio devido à redução do lúmen das artérias coronárias que irrigam o músculo cardíaco (Segalla et. al. 2023).

É fulcral realizar uma colheita de dados adequada da história clínica da pessoa, incluindo as características da dor, se é em barra, em picada, ou em aperto; a sua duração, fatores de alívio ou de agravamento, outros sinais e sintomas associados. Por vezes são necessários meios auxiliares de diagnóstico para a diferenciação da dor e para o seu diagnóstico diferencial.

Normalmente a dor com características anginosas é descrita como uma dor precordial, retrosternal ou epigástrica, do tipo aperto, constrição ou peso, de intensidade variável, e que tem início quando a vítima se encontra em repouso, que pode irradiar para o mento, membro superior esquerdo ou dorso, com duração variável (normalmente superior a 15 minutos) (Segalla et. al. 2023).

Também deve-se considerar a associação de outra sintomatologia, como síncope, dispneia, e cansaço de início súbito, bem como náuseas, vômitos ou dor abdominal (ESC, 2018).

Para além disto, e não menos importante, deve-se realizar um levantamento dos fatores de RCV, um exame físico, se a pessoa apresenta palidez, sudorese, ansiedade, dispneia, náuseas, vômitos, sinal de “Levine” e síncope, bem como a realização de exames complementares, mais especificamente o Eletrocardiograma de 12 derivações (ECG), e estudo analítico com valores de troponina, que segundo a literatura devem ser repetidos a cada 6 a 12 horas (Segalla et. al. 2023).

1.3 A ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DOR TORÁCICA POR SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA

A SCA é caracterizada pela morte das células do músculo cardíaco, devido à falta de irrigação pelas artérias coronárias ao músculo, por um tempo prolongado, havendo assim um desequilíbrio entre a oferta e o aporte de oxigénio. Habitualmente isto deve-se a rutura da placa aterosclerótica, que se vai formando no lúmen das artérias coronárias

com o tempo, diminuindo o mesmo, que expõem o seu conteúdo ao sangue, formando assim trombos sanguíneos (ESC, 2023).

São consideradas SCA, o Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (EAMcsST), Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supradesnívelamento do Segmento ST (EAMssST) e a angina instável (ESC, 2023). O tempo de isquemia do miocárdio, a localização da obstrução coronária, e a extensão do dano no músculo cardíaco são os fatores a ter em conta para determinar o tipo de síndrome coronária.

Segundo as alterações eletrocardiográficas que o doente apresenta, mais especificamente a elevação do segmento ST no ECG, o Síndrome Coronário Agudo pode ser classificado em síndrome em que não apresenta elevação do segmento ST, sendo que dentro deste grupo se encontra a Angina Instável e o enfarte agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST, que apresentam sintomatologia idêntica, no entanto diferem no nível de gravidade da isquemia no miocárdio (ESC, 2018).

A outra classificação, Síndrome Coronária Aguda com elevação do segmento ST, mais conhecido por EAMcsST, em que a isquemia no músculo apresenta uma gravidade superior aos anteriores, pois existe uma oclusão completa de uma ou mais artérias coronárias (ESC, 2018). Neste caso, a reperfusão coronária, é o tratamento preferencial, estando mais indicada a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária em detrimento da terapia fibrinolítica endovenosa. A ICP é um procedimento realizado através do exame, cateterismo cardíaco, em que é feita uma angiografia coronária, utilizando um agente de contraste que é injetado diretamente nas artérias do coração, sendo visível a anatomia coronária através do Raio-X. Este procedimento pode ser apenas de carácter diagnóstico ou, também pode permitir o tratamento da oclusão, ao que se dá o nome de angioplastia coronária.

Aqui é determinante o tempo de chegada do doente até um centro com ICP disponível 24 horas por dia, e 365 dias por ano, sendo que este tratamento deve ser o escolhido para todos os doentes em que os sintomas se iniciaram a menos de 12 horas do início do procedimento (ESC, 2018). Na literatura também é referenciado que se deve sempre objetivar um tempo porta- balão (tempo que decorre desde a entrada do doente na instituição hospitalar, até à realização de angioplastia primária) menor ou igual a 90 minutos (AHA, 2013).

A angina estável não se encontra incluída no grupo das Síndromes Coronárias Agudas, uma vez que é caracterizada por um estadio inicial da doença coronária, e que por isso apresenta uma gravidade elevada, uma vez que o aparecimento dos sintomas surgem devido ao desenvolvimento das placas ateroscleróticas, que levam a uma diminuição do lúmen das artérias coronárias, e assim à redução transitória de fluxo de sangue aquando o esforço físico ou stress, apresentando fatores de alívio, como por exemplo aquando o repouso ou com a administração de nitratos, que são vasodilatadores e que por isso incrementam o fluxo sanguíneo ao músculo cardíaco por aumento do lúmen da artéria já condicionada (ESC, 2018).

Em 2023, a ESC atualizou as diretrizes acerca das Síndromes Coronárias Agudas, reunindo todas no mesmo documento, ou seja, apesar de o EAMcsST se apresentar como algo emergente e necessitar de terapia de reperfusão imediata, as três apresentações da SCA são muito semelhantes do ponto de vista de tratamento farmacológico. Relativamente ao EAMcsST reforçam que a estratégia invasiva imediata com ICP, é recomendada em todos os casos quando existe possibilidade da realização da mesma até 120 minutos após o primeiro contacto médico. E acrescentam que nos casos do EAMssST a estratégia invasiva imediata também deve ser realizada em casos de instabilidade hemodinâmica, isquemia refratária, arritmias ventriculares malignas ou se disfunção aguda do ventrículo esquerdo. Nos doentes com EAMssST, mas de alto risco, ou seja, que apresentam aumento das troponinas cardíacas, e alterações do segmento ST no ECG, ou um score GRACE (determina o risco de mortalidade em doentes com EAMcsST, EAMssST e angina instável) igual ou superior a 140, também devem ser propostos para estratégia invasiva. Nos doentes que o diagnóstico é incerto, é recomendada uma estratégia não invasiva, como o angio-TAC cardíaco.

Dentro da Síndrome Coronária Aguda, os termos Enfarte do Miocárdio e lesão do miocárdio, são muitas vezes compreendidos como iguais, no entanto apresentam definições distintas (ESC, 2018).

Existe lesão do miocárdio quando há evidência da alteração dos valores de troponina cardíaca. Esta lesão isquémica pode evoluir durante horas levando assim à necrose do músculo e enfarte. As troponinas cardíacas, são constituintes do miocárdio, mais especificamente do aparelho contrátil do mesmo, sendo assim os biomarcadores de

eleição para avaliação da extensão da lesão no músculo. O termo Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), deve ser utilizado quando há evidência de lesão no músculo (ou seja alteração no valor de troponina cardíaca) acompanhada por e/ou sintomas de isquemia do miocárdio, que são, as alterações isquémicas de novo no eletrocardiograma de 12 derivações, ondas “Q” patológicas no ECG, evidência ecocardiográfica de alterações na motilidade com possível etiologia isquémica, identificação de trombo coronário em angiografia (ESC, 2018).

Existem diferentes tipos de enfarte do miocárdio (tipo 1, 2, 3, 4, 5), dependendo da gravidade da sintomatologia, resultados laboratoriais e radiológicos e tratamento utilizado, que pode ser a intervenção coronária percutânea e/ou cirurgia de revascularização do miocárdio (ESC, 2018).

O Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas (RNSCA), criado pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) e coordenado pelo Centro Nacional de Coleção de Dados em Cardiologia, encontra-se em funcionamento desde 1 de janeiro de 2002, em todos os serviços e departamentos de Cardiologia dos hospitais portugueses, permitindo um registo observacional, prospetivo e contínuo. Este registo promove então uma análise temporal da abordagem ao doente com SCA em Portugal, bem como os resultados do seu tratamento, possibilitando concluir acerca da qualidade dos cuidados (SPC, 2018).

Segundo o RNSCA, consultado a 27 de abril de 2023, desde 1 de janeiro de 2002, foram introduzidos 75462 registos, sendo que a média de idades em anos foi de 67,9, sendo que desses 70,8% são do sexo masculino e 29,2% do sexo feminino. Relativamente ao diagnóstico de admissão, 2,6% enfarte do Miocárdio indeterminado, 9,1% angina instável, 44% Enfarte Agudo do Miocárdio sem supra desnivelamento ST e 44,3% Enfarte Agudo do Miocárdio com supra desnivelamento ST.

Num artigo publicado em 2018, por Timóteo e Mimoso em nome dos investigadores do RNSCA, em que descrevem os dados gerais obtidos através desta ferramenta e analisando os mesmos, desde 1 de janeiro de 2002 até 31 de dezembro de 2016, verificou-se que houve uma melhoria no seguimento das recomendações internacionais, no que diz respeito à abordagem ao doente, diagnóstico e terapêutica.

Relativamente ao tratamento, as taxas de reperfusão do miocárdio, aumentaram significativamente, sendo que a angioplastia primária representa hoje o tratamento escolhido, em 84% dos casos. Por outro lado, o cumprimento dos *timings* até à reperfusão do miocárdio não apresentaram uma mudança significativa. Na mesma medida, melhorou também a taxa de mortalidade intra-hospitalar, que em 2002 era representada por 6,7% e em 2018 por 2,5% (Timóteo, Mimoso, 2018).

Neste artigo também é apontado o aumento das referenciações destes doentes através da Via Verde Coronária (VVC), no qual o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) apresenta um papel fulcral no mesmo, no entanto esse aumento não é acompanhado por uma evolução positiva relativamente aos tempos desde o início dos sintomas, até à admissão no centro e ao tempo porta agulha, que se têm mantido inalteráveis, sendo possível verificar que a variabilidade nestes tempos é predominante nos centros em que não apresentam laboratório de hemodinâmica. Relativamente aos tempos até ao primeiro eletrocardiograma de 12 derivações, o mesmo encontra-se entre os 15 a 17 minutos (Timóteo, Mimoso, 2018).

Ainda mais importante que a identificação precoce e tratamento das doenças cardiovasculares ateroscleróticas, é a sua prevenção, incidindo a nossa atenção nos fatores de risco cardiovascular.

Os cinco principais fatores de RVC, elencados pelas recentes *guidelines* europeias são: colesterol, HTA, consumo de tabaco, DM e adiposidade. Nos últimos anos tem surgido uma crescente preocupação no controlo eficaz do RCV, sendo que as DCVA, como já mencionado anteriormente, lideram a nível mundial como principal causa de morte, bem como de diminuição da qualidade de vida, sendo que existe evidência que dois terços destas doenças são devido a fatores de RCV, nomeadamente os do tipo comportamental, como uso de tabaco, álcool, dieta não saudável e ausência de prática de exercício físico (Gil, 2023).

No entanto existem outros fatores cujo controlo ultrapassa a área médica, como a poluição ambiental, que depende de políticas sociais e ambientais. Também existe um conjunto de condições clínicas, que se encontram associadas ao aumento do RCV, como a Doença Renal Crónica, doenças inflamatórias crónicas, esteatose hepática de origem não etílica, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, a apneia do sono e outras

perturbações, a pré-eclampsia, a disfunção erétil, enxaqueca, gripe, síndrome de imunodeficiência adquirida e periodontite, entre outras (Gil, 2023).

Em suma, estas doenças têm um impacto negativo significativo a nível económico e social, e que por isso a sua prevenção passa por medidas de promoção de saúde na comunidade, adequadas à população, e por uma identificação de fatores de risco, diagnóstico e tratamento precoce, com estabilização hemodinâmica, controlo de distúrbios potencialmente fatais, instituição de tratamento antiagregantes plaquetários (dose de carga de aspirina, ticagrelor ou clopidogrel). Estas ações podem ser antecipadas ainda no pré-hospitalar, bem como, facilitar a terapêutica de reperfusão encaminhando a pessoa até ao centro de hemodinâmico mais próximo, melhorando assim o *outcome* na pessoa com SCA (Moser, Kimble & Alberts, 2016).

O atraso no tempo atendimento no contexto extra-hospitalar, deve-se essencialmente ao tempo despendido da população para reconhecer a gravidade dos sintomas, e associar que é necessário que tenham um atendimento médico especializado rápido, ativando os meios de emergência, neste caso, mais especificamente, o 112 (Ribeiro, 2020).

Para isto, é importante que a população esteja dotada de literacia acerca desta problemática, de forma a ter as ferramentas necessárias para a deteção precoce e pedido de ajuda.

No entanto, este reconhecimento dos sintomas e o diagnóstico precoce do SCA na pessoa com dor torácica aguda e não traumática, constitui também ainda um desafio para os profissionais da saúde, especialmente no contexto do extra-hospitalar (Patel, Mohanan, Prabhakaran & Huffman, 2017).

A abordagem assertiva no pré-hospitalar, é determinante para o *outcome* da pessoa, desde o reconhecimento precoce da síndrome, estabilização e tratamento rápido, mais especificamente a reperfusão do músculo cardíaco, que são fulcrais na redução dos danos no miocárdio, e por sua vez na diminuição da morbi-mortalidade.

Segundo os dados do INEM (2019), a DTC encontra-se no grupo das cinco principais causas de ativação dos meios de urgência pré-hospitalar.

Num estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e correlacional, realizado em 2020, que teve como objetivo analisar o tempo que decorre desde o primeiro pedido de

auxílio da pessoa com dor torácica até à sua chegada a um Serviço de Urgência, na área do centro de Portugal, de novembro de 2017 a dezembro de 2018, concluiu-se que dentro da amostra diagnosticada com SCA no pré-hospitalar, a maioria, 73,1% eram do sexo masculino, 26,9 % mulheres, sendo que mais de metade tinha idade superior a 65 anos (57,7%). Relativamente aos fatores de risco para EAM, quase metade da amostra apresentava HTA (46,2%), 42,3% dislipidemia e 23,1% diabetes mellitus e consumo de tabaco, o que vai ao encontro do que já foi apresentado neste capítulo (Ribeiro, 2020).

Sobre a abordagem terapêutica, ainda, no contexto pré-hospitalar, a 100% da amostra foi administrado ácido acetilsalicílico, ticagrelor a 73,1 % e nitratos a 53,8%. Também, foi possível constatar no estudo que em pouco mais de metade das pessoas com diagnóstico de SCA, a VVC foi ativada pela EPH, 53,8% (n=14), sendo que esta ativação não se verificou em 46,2 % (n=12) da amostra (Ribeiro, 2020).

Analisando o tempo, desde a ativação dos meios de socorro até à chegada do meio de socorro pré-hospitalar, às pessoas triadas pela EPH com possível diagnóstico de SCA (com ou sem supradesnivelamento de ST), a média foi de nove minutos $\pm 0,04$, sendo que o tempo decorrido desde a chegada ao início de tratamento foi de 3 a 7 minutos, com média de 4 minutos, e desde o tratamento até à chegada ao SU verificou-se um tempo entre os 29 e os 59 minutos, sendo em média de 46 minutos (Ribeiro, 2020).

Desde a ativação dos meios de socorro até a chegada a um serviço de urgência, sendo que no estudo não é especificado a tipologia desse serviço nem se essa instituição hospitalar apresentava laboratório de hemodinâmica, o intervalo de tempo foi em média de uma hora e oito minutos $\pm 0,21$. Assim a variante localização, ou seja, o concelho onde ocorre a ativação afeta diretamente o tempo que decorre desde a mesma até a chegada de meios de socorro (Ribeiro, 2020).

Num outro estudo, que teve como objetivo verificar se existe uma associação entre o tempo porta-balão com os fatores clínicos e turnos hospitalares, no atendimento aos doentes com EAMcsST, em hospitais de uma região do Brasil, no período de 2016 a 2020 foram analisados 318 doentes, sendo que a sua maioria eram do sexo masculino (71,7%), com idades médias de 58,7 anos, e mais de metade da amostra tinha HTA (53,7%). Verificou-se que na globalidade o tempo mediano porta-balão foi ao encontro do recomendado pelas diretrizes internacionais, no entanto, a mediana do tempo porta-

balão foi menor nos doentes com EAM que recorreram ao SU em dias úteis comparativamente aos que foram atendidos no fim de semana 71,0 (51,0-126,0) minutos e 91,0 (71,0-123,0) minutos ($p=0,028$). Relativamente aos turnos noturnos e diurnos não houve diferença significativa, no entanto, constatou-se uma tendência pouco significativa relativamente à taxa de mortalidade após 30 dias nos doentes submetidos a ICP primária no período noturno (1,9%) comparativamente ao diurno (0,0%; $p=0,057$) (Merini, et al., 2021).

Na intervenção do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), na abordagem inicial à vítima com dor torácica, a prioridade inicial passa por verificar se existe um potencial risco de vida da mesma.

O INEM preconiza que na abordagem à vítima se realize uma avaliação primária e secundária, que são fulcrais para a realização de um raciocínio que leve a um diagnóstico clínico. A avaliação primária, da vítima com dor torácica, realiza-se segundo a seguinte metodologia ABCDE:

- A: Via aérea, pelo que é necessário verificar a permeabilidade da mesma;
- B: Ventilação, se a vítima se encontra com sinais de desconforto respiratório, cianose, taquipneia, se apresenta alterações à auscultação pulmonar, avaliação da frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio, e administrar O₂ se forte suspeita de SCA;
- C: Circulação, se a vítima se encontra hemodinamicamente estável: identificar sinais de choque, como hipotensão (Pressões Arteriais Médias inferiores a 65mmhg), taquicardia, ingurgitamento da jugular, tempo de preenchimento capilar superior a dois segundos; realizar auscultação cardíaca; avaliar o pulso; realizar do ECG de 12 derivações nos primeiros 10 minutos após contacto inicial com a vítima;
- D: Disfunção neurológica;
- E: Exposição.

Relativamente à avaliação secundária do doente com DTC, a mesma realiza-se segundo a metodologia SAMPLE:

- S: Sinais e sintomas;
- A: Alergias alimentares ou medicamentosas;
- M: Medicação habitual;

- P: Antecedentes de relevo para o quadro;
- L: Última refeição;
- E: Eventos, neste caso se a dor torácica foi despoletada por alguma situação/evento.

Em adição, a *American College of Cardiology* e a *American Heart Association*, citado por Correia (2020), recomendam a realização do ECG de 12 derivações nos primeiros 10 minutos de contacto.

Caso o doente apresente sintomatologia e história clínica compatíveis com EAM, mas sem alterações eletrocardiográficas no primeiro eletrocardiograma realizado à chegada, devem ser realizados ECGs seriados a cada 10 minutos, uma vez que os sinais elétricos que são conduzidos pelos feixes cardíacos alteram-se devido à dinâmica desta patologia (ESC, 2017).

No contexto de Serviço de Urgência, mais especificamente em sala de emergência, o enfermeiro especialista apresenta também um papel fulcral e determinante no diagnóstico diferencial de dor torácica, como etiologia coronária, e possivelmente uma SCA, e com isto com um potencial risco de vida.

A título de exemplo, exponho uma situação relativa a um doente do sexo masculino, de 50 anos, autónomo, que vive com a esposa e 2 filhos. Como fatores de risco cardiovascular, é fumador, e apresenta história de doença coronária na família, mais especificamente o pai. Dá entrada no Serviço de Urgência, com uma dor precordial, em aperto que teve início há mais ou menos 30 minutos. O doente apresenta-se dispneico, pálido e sudorético. É triado como uma VVC, e após a triagem realiza ECG de 12 derivações em que apresenta supradesnívelamento do segmento ST nas derivações DII, DIII, e AVF, o que sugere um EAMcscsST inferior, sendo transferido para a sala de emergência.

Relativamente aos focos de atenção que devem fazer parte do plano de cuidados perante este doente, tendo por base a linguagem classificada, o *browser* da *International Council of Nurses* (ICP) (2019):

- Ventilação: *“Processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória.”*;

- Dispneia: *“Processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade.”*;

- Dor isquémica: *“Dor vascular: sensação de dor com origem na redução da irrigação sanguínea periférica, associada a doença vascular periférica, diminuição do fluxo sanguíneo provocada pela constrição devida a aparelhos ortopédicos ou outros objetos compressores; aporte sanguíneo como nas doenças arteriais oclusivas, e por traumatismo cirúrgico. A dor isquémica é muitas vezes descrita como intensa e atroz”*;

- Status hemodinâmico: *“Status”*;

- Ritmo Cardíaco: *“Ritmo”*;

- Arritmia: *“Processo cardíaco comprometido: variação do ritmo normal de contração auricular e ventricular do miocárdio”*;

- Eliminação urinária: *“Processo do sistema urinário”*;

- Exame físico: *“Exame”*;

- Conhecimento sobre processo patológico: *“Conhecimento”*;

- Conhecimento da família sobre a doença: *“Conhecimento da família”*;

Após avaliação destes focos de atenção, identificamos necessidades e /ou problemas, ou seja, diagnósticos de enfermagem, e delineamos o plano de cuidados com intervenções de enfermagem, e após aplicar as mesmas avaliamos os resultados.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ENSINOS CLÍNICOS

Neste capítulo será efetuada uma breve contextualização dos locais onde efetuei os ensinamentos clínicos, SU, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Emergência Pré-Hospitalar e Cirurgia Cardiorrástica, que foram determinantes no percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

A escolha destes contextos deu-me a oportunidade de vivenciar, e colocar em prática os cuidados à pessoa em situação crítica em todo o seu percurso, desde o pré-hospitalar até à instituição hospitalar para tratamento, em específico no caso do doente com dor torácica de possível origem coronária, desde a ativação no pré-hospitalar, até ao tratamento definitivo, a cirurgia de revascularização.

2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA

Realizei o ensino clínico I num Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC), durante o período de 14 de novembro de 2022 e 13 de janeiro de 2022, totalizando 170 horas.

O serviço é constituído pela urgência de adultos, pediátrica e de ginecologia/obstetrícia. É a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes, de qualidade e excelência, que se deve ao empenho diário de todos os profissionais de forma a responder às necessidades da população que abrange

Segundo o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, os SUMC representam um segundo nível de prestação de cuidados em situações de urgência, dando apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básica (SUB) e referenciando para um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) quando necessários cuidados mais diferenciados.

Em Portugal Continental está preconizado um rácio de dois a três SUMC por cada SUP, sendo que os mesmos não devem se localizar a mais de 60 minutos de uma Urgência Polivalente. Também preconiza, para além dos recursos humanos necessários para o

atendimento de qualidade à população da respetiva área de influência, que os SUMC devem dispor das seguintes valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno- 11 Hemoterapia, Bloco Operatório em permanência, Imagiologia (permanência de radiologia convencional, ecografia simples e TAC) e Patologia Clínica.

A instituição hospitalar a que pertence este serviço de urgência também é a base de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação, realizando em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte, como descrito no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.

O SUMC, encontra-se localizado estrategicamente no mesmo piso que o Serviço de Medicina Intensiva (de Nível II e III), Bloco Operatório, Serviço de Imagiologia onde se encontra também a Sala de Angiografia.

É constituído pela Triagem, Área Médica, de Clínica Geral e Medicina Interna, Área Cirúrgica, Área Respiratória, Sala de Trauma e Sala de Emergência.

Relativamente aos postos de triagem, o que está preconizado é que os mesmos sejam assegurados por enfermeiros com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades, sendo que na urgência de adultos também é recomendado que o seu posto de triagem seja assegurado preferencialmente por um enfermeiro EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 743/2019).

A sala de emergência, como descrito pelo DRE (2014), apresenta uma equipa com formação especializada na área da medicina de urgência. Para além destas áreas, e devido à crescente afluência de pessoas que excede a capacidade do SU, e por falta de vagas nos internamentos, foi criada uma estrutura modular anexa à área médica de forma a dar apoio ao restante serviço.

O método utilizado na triagem é o protocolo de Triagem de Manchester, que vamos abordar mais profundamente ao longo deste relatório, mas que consiste num método que atribui prioridade de atendimento segundo a gravidade da situação clínica, garantindo assim que o doente mais urgente seja identificado e tratado mais rapidamente. Para além do sistema de triagem, com o objetivo de reestruturação e crescente organização do Serviço de Urgência, foram criadas as Vias Verdes (VV).

Segundo a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência e Emergência (2012), as VV consistem num conjunto de algoritmos perante uma patologia, de apoio à avaliação clínica e tratamento do doente, em que o tempo até à realização de um conjunto de medidas terapêuticas é determinante no *outcome* do mesmo, “tempo é vida”, “tempo é tecido”. Na instituição onde se desenvolveu o Ensino Clínico, as Vias Verdes em funcionamento são a Via Verde Coronária, Via Verde Sépsis e Via Verde AVC.

2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Realizei o ensino clínico II e ensino clínico III (módulo I) numa UCIP, classificada como uma unidade de nível III, no período de 16 de janeiro de 2023 a 22 de março de 2023.

As UCI segundo o Regulamento n.º 533/2014 são unidades qualificadas e capazes de assumir a responsabilidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, com disfunção de órgãos, de forma integral, suportando, prevenindo e revertendo essas falências com implicações vitais.

Este serviço encontra-se integrado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), juntamente com a Unidade Intermédia Polivalente (UIP).

Os SMI têm como missão abordar doentes complexos e graves, de forma global, integrada e multidisciplinar, através de decisões assentes em critérios de qualidade, eficácia, eficiência, e com a preocupação de garantir o exercício ético da medicina nos limites da função orgânica, bem como a reintegração social dos sobreviventes. Através das equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria, assumem a responsabilidade pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital (Paiva et al., 2016).

A UCIP encontra-se estrategicamente contígua ao Bloco Operatório, Serviço de Imagiologia, Laboratório de Hemodinâmica e Serviço de Urgência, o que considero que faz todo o sentido. Este posicionamento da unidade, perto dos serviços mencionados anteriormente, torna-se bastante útil, pois agiliza todo o percurso do doente, desde a sua

entrada no Serviço de Urgência, identificação do diagnóstico até ao tratamento definitivo, quer seja ele cirúrgico ou médico.

Tem uma lotação de dez unidades, sob a forma de uma sala ampla (“*open space*”), com posto de controlo, permitindo uma monitorização visual permanente de todos os doentes, sendo que três destas são quartos de isolamento. A UCIP encontra-se dotada de instalações modernas, com meios tecnológicos de ponta, que permitem uma monitorização invasiva avançada, bem como a realização de técnicas e terapêuticas necessárias na abordagem e tratamento de pessoas com falência orgânica ou multiorgânica, se necessário, na respetiva unidade do doente, como o recomendado pelo Ministério da Saúde, Portaria n.º 290/2012 de 24 de setembro.

Um aspeto que gostaria de realçar positivamente, e que considero importante é o facto de na unidade existir luz natural através de janelas para o exterior, pois interfere no ritmo circadiano, o qual é um aspeto importante no processo global de recuperação dos doentes (Ministério da Saúde, 2013).

A unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros com formação diferenciada, nomeadamente Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, médicos especialistas em medicina intensiva, assistentes operacionais treinados e um assistente técnico. No entanto ainda não cumpre o que é preconizado pelo Regulamento n.º 743/219, de 25 de setembro, que descreve o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem em cada serviço específico, recomendando que 50% dos enfermeiros possuam especialidade em EMC, de preferência na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e que estejam presentes 24 horas por dia.

O plano de trabalho diário tem em conta a diferenciação dos elementos da equipa, a tipologia dos doentes, e as necessidades do serviço.

Relativamente à distribuição dos doentes pela equipa de enfermagem, a mesma não é realizada de forma aleatória.

No turno da noite (7 horas), é realizada a avaliação da carga de trabalho através de sistemas de classificação (NAS - *Nursing Activities Score* - e NEMS - *Nine Equivalents use Nurse Manpower Score*), que permite a quantificação do desempenho clínico,

importante para a realização de estudos que justificam o rácio enfermeiro/doente, dada a dinâmica da UCI (Bernardino, 2020).

Os sistemas de informação em enfermagem constituem um aspeto fulcral para a atividade diária dos enfermeiros. Sabemos que os nossos cuidados, quer sejam do tipo executar, monitorizar, vigiar, avaliar, devem estar traduzidos em registos de enfermagem. Estes, cada vez mais, têm sido tema de reflexão pelo papel que apresentam no desempenho profissional, e daí cada vez mais a necessidade de produzir evidência científica sobre os mesmos.

Num estudo que teve como objetivo verificar a existência de produção científica sobre registos de enfermagem publicada nas revistas portuguesas de enfermagem, entre 1958 e 1998, foi possível concluir que o tema registos de enfermagem só surgiu a partir da década de 80, e com a alteração da carreira de enfermagem, as publicações acerca dos registos aumentou, bem como a sua valorização, e a evidência sofreu alterações consoante a evolução da profissão, dando destaque à importância que os mesmos apresentam para a autonomia e afirmação da nossa profissão (Sousa e Figueiredo, 2021).

Para além de todo o benefício que os registos de enfermagem trazem para o *outcome* do doente, o processo dos cuidados de enfermagem traduz o cuidar ao doente, o que permite uma maior visibilidade da profissão, reflete a produtividade dos cuidados, e a continuidade dos mesmos, bem como serve de base para futuras auditorias para a melhoria de procedimentos (Paiva et al., 2021). Assim é neste contexto que o sistema de informação em enfermagem apresenta a sua importância. Neste serviço o sistema utilizado pela equipa multidisciplinar, é o BSIMPLE (B-ICU®).

2.3 EMERGÊNCIA EXTRA HOSPITALAR

No ensino clínico III (módulo II) optei por organizar o mesmo em dois momentos. Um primeiro com uma maior carga horária, realizado no período de 27 de março de 2023 a 19 de maio de 2023 em contexto pré-hospitalar, mais especificamente no Instituto Nacional de Emergência Médica e um outro num Serviço de Cirurgia Cardiorácica, de 22 de maio de 2023 a 9 de junho de 2023.

Reverendo de forma rápida o contexto histórico do INEM, este foi criado em 1981 com o intuito de exercer funções de coordenação no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), no território de Portugal Continental, de forma a garantir toda a assistência a vítimas de doença súbita no contexto pré-hospitalar.

O SIEM, tem por base um conjunto de ações em contexto do ambiente extra-hospitalar, hospital e inter-hospitalar, realizadas de forma coordenada, resultando numa intervenção ativa e dinâmica dos vários constituintes do sistema de saúde nacional, levando a uma atuação rápida e eficaz em situações de emergência médica (INEM, 2013).

Os constituintes SIEM, são o INEM Instituto Nacional de Emergência Médica, Bombeiros, PSP (Polícia de Segurança Pública), GNR (Guarda Nacional Republicana), CVP (Cruz Vermelha Portuguesa) ISN (Instituto de Socorro e Náufragos), Força Aérea, Marinha, ANEPC (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil), e um outro interveniente fulcral, a população, que atuam em uníssono nas diferentes fases do SIEM: a deteção/proteção, o alerta, o pré socorro, o socorro, o transporte e por fim no tratamento definitivo (INEM, 2013).

Assim o INEM, através do Número Europeu de Emergência Médica- 112, tem ao seu dispor vários meios para responder com eficácia, 24 horas por dia, 365 dias do ano, a situações de emergência médica. As chamadas realizadas para este número são atendidas numa central de emergência da PSP, e se as mesmas forem de origem médica, são encaminhadas para o Centro de Orientações de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

Dentro dos meios do INEM, temos as Ambulâncias INEM constituídas pelas AEM - Ambulâncias de Emergência Médica (2 Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH)), SIV (1 TEPH, 1 Enfermeiro SIV), TIP - Transporte Intra-Hospitalar Pediátrico (1 TEPH, 1 Enfermeiro SAVP e 1 Médico Pediatra), e as AE- Ambulâncias Escola (1 médico supervisor e 2 TEPH), Ambulâncias de Socorro, MEM- Motociclos de Emergência (1 TEPH), VMER (1 médico, 1 enfermeiro), Helicóptero de Emergência Médica (1 médico, 1 enfermeiro, 2 pilotos), UMIPE- Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (1 psicólogo e 1 TEPH) (INEM, 2021).

Durante o Estágio no INEM, tive a oportunidade de passar três horas no CODU, percebendo a dinâmica e funcionamento, sendo que o mesmo é assegurado em permanência por médicos e TEPH, com formação específica na área, atuando em

diferentes postos, sendo eles o de triagem, de aconselhamento pré socorro, de acionamento de meios, de acompanhamento das equipas de socorro, e no contacto com as instituições de saúde de forma a preparar a receção dos doentes na instituição hospitalar (INEM, 2013).

Para além do CODU, contactei com o departamento de Gestão e Formação, onde pude perceber o papel do enfermeiro nestas áreas, e de que forma o enfermeiro especialista EMC na área da pessoa em situação crítica, se pode destacar.

Em grupo também tivemos oportunidade de realizar uma visita ao heliporto do INEM, sendo que no total existem quatro em Portugal Continental. Estes helicópteros realizam missões secundárias de transporte de doentes graves entre unidades de saúde, e missões primárias entre o local da ocorrência e a unidade de saúde.

Como dito anteriormente, eles são tripulados por um médico, um enfermeiro e dois pilotos. Para prestarem serviços nestas viaturas os profissionais têm de ter formação específica, como um curso de fisiologia de voo e segurança de heliportos, bem como o curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Para além desta formação, têm de apresentar experiência em emergência extra-hospitalar, bem como em cuidados intensivos e abordagem ao doente crítico (INEM, 2020).

Também tive oportunidade de realizar estágio nas ambulâncias SIV (Suporte Imediato de Vida), num total de 132 horas, sendo a tripulação desta ambulância constituída por 1 Técnico de Emergência Pré-Hospitalar e 1 Enfermeiro com formação em SIV.

A função destas ambulâncias passa pela prestação de cuidados diferenciados, de suporte imediato de vida, por exemplo, em caso de paragem cardiorrespiratória, até à chegada do meio mais diferenciado, nomeadamente a VMER. Para além da atuação em situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), também têm um importante papel na identificação de possíveis situações de urgência, por exemplo perante casos de peri paragem, intervindo de forma especializada e rápida em contexto pré-hospitalar.

Relativamente aos recursos técnicos, estas ambulâncias estão equipadas com todos os recursos de uma ambulância de Suporte básico de Vida, com acréscimo de um monitor desfibrilhador (*LifePack*), com possibilidade de realizar Eletrocardiograma de 12 derivações e transmitir o mesmo para o CODU; fármacos específicos segundo os

protocolos de atuação (desde morfina, adrenalina, atropina, amiodarona, paracetamol, entre outros); computador portátil para registos na plataforma (*ITeams*) para transmissão de informação específica do cenário, bem como dos sinais vitais (INEM, 2019).

Ao enfermeiro cabe a função de prestar cuidados de emergência médica, segundo protocolos de atuação definidos pelo INEM, que para algumas intervenções específicas necessitam de validação, bem como orientação, que é realizada por via telefónica pelo médico regulador do CODU. Ao TEPH cabe a condução da viatura e a prestação de cuidados segundo as suas competências e com a supervisão do enfermeiro (Lucas, 2017).

Também durante este ensino clínico, tive oportunidade de realizar turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, totalizando 48 horas de estágio, sendo que esta viatura abrange uma área com cerca de 493 mil habitantes,

A VMER consiste numa viatura tripulada por médico e enfermeiro, de intervenção no pré-hospitalar, sendo o meio mais diferenciado do INEM. Aqui ao enfermeiro cabe a condução da viatura, para além de atuar em colaboração com o médico e outras equipas que já se encontrem no terreno (Lucas, 2017).

O enfermeiro utiliza a metodologia de trabalho em equipa, bem como na SIV, no entanto com algumas distinções da anterior. Enquanto na SIV o enfermeiro assume a coordenação do meio, decidindo quais os protocolos de atuação que vai utilizar, com a colaboração do TEPH, prestando os cuidados inerentes a esses protocolos, na VMER esses procedimentos técnicos e protocolos são partilhados pelo médico e enfermeiro, os dois profissionais em coordenação.

2.4 SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

O segundo momento do ensino clínico III (módulo II), com uma menor carga horária, foi realizado num serviço de Cirurgia Cardiotorácica, durante o período de 22 de maio de 2023 a 9 de junho de 2023.

Relativamente ao serviço de Cirurgia Cardiotorácica, o mesmo encontra-se dividido em internamento de Cirurgia Cardiotorácica, consulta externa e hospital de dia,

no mesmo piso, e num piso superior contíguo, está situado o Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos e a Unidade de Cuidados Intermédios.

A UCICT tem capacidade para receber adultos e crianças, normalmente provenientes do BO, que foram submetidos a cirurgia Cardiorácica, como cirurgia de revascularização do miocárdio, cirurgia valvular, transplante cardíaco, lobectomias, segmentectomia, pneumonectomia, ou provenientes da enfermaria da CCT por complicações no pós-operatório tardio, do serviço de hemodinâmica, do serviço de cardiologia ou referenciados de outras instituições, por necessidade de intervenção do foro cardíaco e de cuidados intensivos

A estrutura física da UCICT, é em *open space*, onde cada unidade se encontra devidamente equipada para receber os doentes no pós-operatório imediato de cirurgia Cardiorácica, como dispositivos médicos de suporte hemodinâmico *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), Balão Intra- Aórtico (BIA), assistência respiratória e técnicas de substituição da função renal, entre outros. Para além disso, estão equipados com material e condições para realizar, por exemplo em situações de paragem cardíaca, abertura do tórax emergente.

Relativamente à equipa de enfermagem, a UCICT e a Unidade Intermédia, que foram os locais onde realizei a maioria dos meus turnos, integram 73 enfermeiros, incluindo a enfermeira gestora de serviço. Dentro da equipa apresentam profissionais com diversas especialidades, mais especificamente em EMC, em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, em Enfermagem de Reabilitação, em Enfermagem de Saúde Comunitária e em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O método de trabalho utilizado pode ser classificado como o individual, apesar que o rácio de doentes por cada enfermeiro na UCICT é de um doente e meio, ou seja dois enfermeiros partilham os cuidados ao mesmo doente, nos diferentes turnos. Relativamente aos registos de enfermagem, a plataforma utilizada é o SClínico, sendo efetuados igualmente registos manuais à cabeceira dos doentes, relativos à administração de medicação, sinais vitais, modo ventilatório e respetivos parâmetros, balanço hídrico, eliminação urinária, eliminação intestinal, contabilização de drenagens e alteração do decúbito. Note-se que estes registos realizados á cabeceira do doente não são transcritos para o SClínico.

No que concerne ao momento de transição de cuidados, a passagem de turno é realizada também à cabeceira do doente, apenas ao enfermeiro ou enfermeiros que vão assegurar os cuidados ao mesmo.

3. O PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO CORONÁRIO- DO PRÉ HOSPITALAR À CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Em todas as unidades de saúde, e de todos os profissionais que lá exercem funções, os enfermeiros, representam um número elevado, sendo que a qualidade dos cuidados em saúde está diretamente relacionada com a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

A prestação de cuidados de saúde, mais especificamente os cuidados de enfermagem, atualmente constitui um grande desafio, devido a diversos fatores como o envelhecimento populacional, aumento da esperança média de vida, aumento de morbilidades, surgindo a necessidade de consolidar, uniformizar e objetivar os cuidados prestados e os procedimentos por onde se regem.

A elucidação e clarificação explicita acerca das nossas intervenções como enfermeiros especialistas, e os domínios dentro da nossa área de especialidade, e de que forma e como podem ser executadas, tem sido uma preocupação da OE.

Assim, no Regulamento n.º 140/2019, a OE define os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, sendo eles os seguintes: *a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria da qualidade dos cuidados e a sua gestão, e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (OE, 2019, pp. 4745).

Para além disto também, a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 429/2018 apresenta as Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, descritas em unidades de competências e critérios de avaliação. A OE no Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, p. 8644 descreve as competências específicas como aquelas que surgem de *“respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”*.

Neste capítulo, irei descrever todo o processo de aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, bem como as competências específicas do Enfermeiro

Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área da enfermagem à PSC, e as competências de mestre, fazendo uma alusão aos objetivos que delineei para cada ensino clínico e descrevendo as atividades realizadas para os atingir.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a OE define o enfermeiro especialista como o profissional que apresenta um conjunto de competências científicas, técnicas e características humanas, que resultam na prestação de cuidados especializados na sua área de enfermagem.

Assim para além das competências específicas resultantes da área da especialização, todos os enfermeiros especialistas, partilham de um conjunto de competências comuns. As competências comuns encontram-se divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a gestão dos mesmos, e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Estas têm como base as competências do enfermeiro generalista, e o seu aprofundamento, e o processo de aquisição das mesmas, iniciou-se desde o primeiro dia deste percurso no mestrado, até ao último ensino clínico, em todos os contextos da prestação de cuidados.

Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Durante o meu percurso académico, principalmente durante os ensinamentos clínicos, de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro EEMC, tive sempre em mente durante a minha prática clínica as normas legais, princípios éticos e deontológicos da nossa profissão (Regulamento nº140/2019).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, (2015) no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem., é explícito que todos os enfermeiros durante o exercício das suas funções têm de apresentar uma postura

“responsável, e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Já na minha prática profissional diária como enfermeira de cuidados gerais, tenho por base as dimensões éticas, legais e deontológicas da profissão, durante a prestação de cuidados. No entanto, este percurso académico, fez-me refletir sobre como enfermeira especialista, e com a aquisição de competências mais específicas nesta área, e que a necessidade e obrigatoriedade de uma prática profissional de responsabilidade de excelência é superior.

No decorrer do desenvolvimento da profissão de enfermagem, a responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro, e a compreensão do profissional dos seus limites éticos e legais constituem um aspeto fundamental no exercício da profissão, uma vez, que a mesma é comumente descrita como a arte do cuidar.

No dia a dia profissional somos confrontados com a necessidade de tomar diversas decisões acerca do cuidar do nosso doente. Nós enfermeiros, apresentamos bastante autonomia nas nossas intervenções, apesar de termos também intervenções interdependentes, ou seja, ações realizadas em conjunto com outros profissionais com um objetivo comum (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O processo de tomada de decisão acarreta muita responsabilidade, e a mesma deve ter como base os nossos deveres profissionais, que se encontram explanados no Código Deontológico e no Estatuto da OE. A tomada de decisão tanto por parte do enfermeiro, como do doente acerca do seu plano de cuidados, é facilitada devido à relação privilegiada que os enfermeiros podem estabelecer com o doente (Pacheco, 2011).

O Código Deontológico é um documento de carácter jurídico, que representa um compromisso, uma declaração pública por parte dos profissionais de que “a profissão” é realizada em benefício da comunidade. Assim este código apresenta orientações para julgar a ação de um profissional, tendo por base que o propósito da enfermagem é perceber e intervir nas necessidades de saúde, tendo assim o dever de responder aos deveres e promessas assumidos, ou seja, ao mandato social da profissão.

Claro, que como já referido anteriormente neste relatório, atualmente somos confrontados com diversos desafios que não existiam há uns anos atrás, como a evolução científica e tecnológica, e a grande mobilização geográfica, e para além disso, cada pessoa

é um ser único, com necessidades próprias, singular, pelo que a nossa intervenção cada vez mais, não pode ser padronizada. Existe assim a necessidade de que os enfermeiros apresentem competências bem consolidadas nesta área em específico, para prestarem cuidados de qualidade, a cada pessoa, segundo um certo cenário, com momentos e realidades por vezes irrepetíveis (Pacheco, 2011).

E por tudo isto, cada vez mais nos são apresentados dilemas éticos, que são definidos pela literatura como situações em que alguém tem obrigatoriamente de tomar uma decisão, ou seja, existem diversas opções possíveis, no entanto, todas elas aparentemente se apresentam simultaneamente corretas ou incorretas, talvez porque cada uma delas tem como base princípios éticos diferentes (Freitas, Oguisso e Fernandes, 2010).

Já durante a formação de base do enfermeiro, na Licenciatura, para concluir o curso com sucesso é exigido pelo Conselho de Enfermagem da OE que no final do mesmo, o futuro enfermeiro de cuidados gerais apresente competências no domínio da prática profissional ética e legal, na prestação e gestão de cuidados, e no domínio do desenvolvimento profissional. Durante o percurso da aquisição de competências na área da especialidade, somos novamente confrontados com a importância da responsabilidade profissional, ética e legal, e durante este percurso foi possível aprimorar a capacidade de análise de cada situação e dos dilemas éticos inerentes, de forma consciente e refletida, tendo como preocupação todos os intervenientes envolvidos em determinada situação.

Assim, podemos considerar que para além das competências científicas e técnicas, a competência ética também apresenta um papel fundamental no cuidar. A mesma é descrita pela literatura, como a detenção de valores profissionais e pessoais, e pela capacidade de emitir juízos eticamente corretos, selecionando e mobilizando recursos, com o objetivo primacial de respeitar a dignidade do outro, e a nossa dignidade como pessoa, perante uma certa situação (Oguisso e Zoboli, 2006).

A tomada de decisão em enfermagem, no contexto do cuidar à pessoa em situação crítica, que presenciei ao longo do meu percurso pelos diferentes ensinamentos clínicos, é algo bastante complexo, devido à pluralidade que o doente crítico pode apresentar, e os diferentes cenários em que se pode encontrar, como por exemplo, a questão da falta de informação ou a mesma se apresentar dúbia, que principalmente somos confrontados com isto aquando da avaliação inicial da pessoa no ambiente pré hospitalar, e também por

vezes no SU. E sabendo que o fator tempo é determinante para o prognóstico do doente, bem como outros fatores, e que esta falta de informação pode atrasar o seu diagnóstico e tratamento, torna todo o cuidar ao doente crítico, principalmente o processo de tomada de decisão, um desafio.

Durante os ensinamentos clínicos, independentemente do contexto e das adversidades, apresentei uma prática isenta de juízos de valor, tendo por base o respeito pela individualidade de cada doente, das suas crenças e valores, da sua privacidade e principalmente pela sua dignidade. Claro que a prática em contextos de urgência e emergência apresenta diversas vezes questões éticas e legais complexas, e em alguns contextos, como o de SU, e mesmo no ambiente pré-hospitalar em cenários de rua, tudo isto se torna um grande desafio, devido ao espaço físico em que os cuidados são prestados, contudo tentei sempre ter esse aspeto em atenção e criar alternativas, para garantir o máximo de privacidade e dignidade do doente.

Uma das situações que posso salientar acerca desta temática, devido à novidade que a mesma representava, pois não tenho experiência neste contexto, foi no pré-hospitalar, numa saída para uma vítima de trauma grave, em que o camião que dirigia caiu de uma altura estimada de 5 metros, para um riacho, e a mesma apresentava um Trauma Cranioencefálico grave. Toda a questão ética e legal com que somos confrontados perante esta situação, por ser um potencial dador de órgãos e tecidos, bem como a especificidade da prestação de cuidados com o objetivo de manter o processo de homeostasia corporal, é não só uma das competências do EEEMC, como também uma competência comum.

Melhoria Contínua da Qualidade

Aquando da sua criação, a OE definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, o que se apresenta como um desafio, mas que por outro lado proporciona diversos benefícios para o cidadão, uma vez que segundo os padrões definidos, os enfermeiros são capazes de refletir sobre o exercício profissional, de forma a melhorar continuamente a prática profissional. A auditoria a estes padrões de qualidade cabe a cada

instituição, de forma a existir um acompanhamento da prática, bem como a criação de recursos, estruturas e condições, que auxiliem a atingir uma melhoria contínua da qualidade, e assim o desenvolvimento profissional dos seus enfermeiros (OE, 2001).

Assim, segundo a Ordem dos Enfermeiros 2001, os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional da enfermagem, têm como objetivo definir o papel dos enfermeiros junto da pessoa alvo dos nossos cuidados, outros profissionais da saúde e comunidade em geral. Estes enunciados descritivos são divididos em seis categorias, sendo elas:

- A satisfação do cliente;
- A promoção da saúde;
- A prevenção de complicações;
- A bem-estar e autocuidados dos clientes;
- Readaptação funcional;
- Organização dos serviços de enfermagem.

A qualidade em saúde apresenta-se como uma tarefa multidisciplinar, e que deve ser adequada a cada contexto, uma vez que a qualidade em saúde não é atingida apenas pelas intervenções dos enfermeiros, mas também pelos demais profissionais da saúde, no entanto, a nossa atividade não deve ser descurada (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na instituição onde realizei o Ensino Clínico I- Urgência, e o Ensino Clínico II- Cuidados Intensivos Polivalente, a qualidade é um tema crucial. Tive a oportunidade de assistir a formações em serviço em que foram abordados os Padrões de Qualidade de Enfermagem (PQE), e os profissionais são incentivados a criar Projetos de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, para posterior implementação nos seus contextos de prática clínica. A Ordem dos Enfermeiros tem partilhado alguns projetos de melhoria, divididos em Cuidados Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados, e Lares/Outros, que já estão a ser implementados em certas instituições, e esta divulgação tem como o objetivo que outras instituições implementem estes projetos e sirva de mote para a criação de novos.

Em 2023, Pais et. al, realizaram um estudo transversal, analítico, exploratório quantitativo, que teve por base a aplicação da Escala de Satisfação do Cidadão Face aos

Cuidados de Enfermagem (ESCCCE), com uma amostra de 100 pessoas, no contexto de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. Este estudo teve como objetivo identificar a percepção da satisfação das pessoas relativamente à prestação dos cuidados pelo enfermeiros e avaliar esses resultados com variáveis independentes, sociodemográficas e profissionais, não tendo incluído variáveis clínicas e comorbilidades dos doentes, específicas desse SU, sabendo que a avaliação da satisfação dos doentes relativamente aos cuidados em saúde constitui um indicador importante, e que pode servir de reflexão crítica sobre o exercício profissional dos enfermeiros, de forma a criar estratégias promotoras de cuidados de saúde (Pais et. al, 2023).

Nesse estudo, conseguiram concluir que a satisfação percebida, com os cuidados de enfermagem, foi baixa para a maioria dos participantes (35,3%). Estes resultados sugerem que devemos realizar uma análise reflexiva sobre as nossas intervenções e de que forma as mesmas são percebidas pela pessoa, foco dos nossos cuidados.

Também, no estudo mencionado anteriormente, foi possível destacar o parâmetro da privacidade do doente, na análise da aplicação da escala ESCCE, o que sugere que devemos adquirir estratégias de melhoria, apesar do ambiente físico em que nos encontramos, o que pode ser desafiante por exemplo no contexto de um Serviço de Urgência, devido por exemplo, à sua sobrelotação e falta de espaço físico. O estudo ressaltou ainda, que a percepção da satisfação do doente está intimamente relacionada com o seu nível de escolaridade, aspeto este já mencionado na literatura, sendo que níveis mais elevados carecem de uma prestação de cuidados ajustada ao mesmo, o que influenciam diretamente a sua percepção de satisfação (Pais et. al, 2023).

Assim, durante este percurso afirmei os princípios que já regem a minha prática clínica diária, e o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e comunicacionais, como por exemplo o saber estabelecer uma relação empática e terapêutica com a pessoa e familiar/cuidador, como estratégias promotoras do aumento da satisfação do doente, e na qualidade dos cuidados de enfermagem, independentemente do contexto. Neste sentido, em cada estágio participei ativamente na formação do serviço onde estava inserida, segundo as necessidades de formação percebidas pelos colegas, de forma a promover a qualidade dos cuidados.

Gestão dos Cuidados

Dando seguimento à competência comum anteriormente abordada, a melhoria contínua da qualidade, também a gestão dos cuidados apresenta, atualmente, um papel preponderante para atingir altos níveis de qualidade nos cuidados de saúde.

Começando pela definição de gestão, a mesma pode apresentar diversos significados, e apenas segundo o contexto em que é utilizada é que podemos definir o seu verdadeiro significado. Para além disto, pode ser compreendida como um processo de coordenação, integração e utilização eficaz de diversos recursos, quer humanos e/ou materiais, de forma a atingir um objetivo organizacional pré-estabelecido, planeando e organizando. Os elementos base do processo de gestão, ou seja, funções de gestão, são o planeamento, organização, controle e liderança/direção, que se encontram em constante articulação, sempre tendo como preocupação a missão da organização (Cunha, 2011).

Segundo o Decreto-Lei n.º 71/2019, que aborda a carreira especial de enfermagem, e o seu conteúdo funcional, o mesmo refere que para além das nossas funções como enfermeiro, as funções de gestão do processo de prestação de cuidados de saúde estão interligadas com a execução dos próprios cuidados.

Também no decreto anteriormente referido, ainda sobre o conteúdo funcional do enfermeiro, mas mais especificamente do enfermeiro especialista, são referidas funções de planeamento, coordenação e desenvolvimento das intervenções referentes à área da especialização, como a identificação de necessidades e promoção da utilização correta dos recursos, e o desenvolvimento e colaboração na formação em serviço, na formação de estudantes de enfermagem e de enfermeiros no contexto de formação pós-graduada, e também no desenvolvimento profissional dos nossos pares.

Relativamente à gestão de cuidados, ressalvo as funções de gestão de recursos materiais e humanos, a realização de um planeamento de trabalho com coordenação dos restantes membros da equipa, a gestão da prestação de cuidados, funções de assistência de conhecimentos técnico-científicos, a realização de projetos e formações que promovam o desenvolvimento profissional contínuo da equipa de enfermagem da instituição. Foi possível observar ativamente estas funções de gestão de cuidados, uma

vez que os enfermeiros tutores dos ensinos clínicos, além de prestarem cuidados diretos, tinham funções de responsável de turno, ou no caso do SU, de enfermeiro coordenador do serviço. Em cada turno, o enfermeiro destacado para esta função, ficava responsável por resolver questões relativas à gestão do serviço, como gestão de vagas, falta ou necessidade de recursos materiais, ou seja, na ausência presencial do chefe do serviço, eram eles que naquele turno realizavam as suas funções.

Neste sentido, a OE, 2010, p.3, refere que os enfermeiros especialistas apresentam competências que se demonstram *“através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”*

Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, para o desenvolvimento de competências nesta área, o regulamento nº 140/2019 menciona os conceitos de autoconhecimento, a assertividades.

A Assertividade, pode ser definida como um conjunto de habilidades sociais que alguém apresenta. Uma pessoa assertiva é aquela que consegue controlar cenários de passividade, que perante certas situações, em que existe o risco de uma reação negativa por parte do interlocutor, como expressão de ansiedade, sentimentos, desejos e opiniões, esta consegue realizar um autocontrolo da agressividade e de outras reações indesejáveis por parte do outro (Del Prette & Del Prette, 2006).

Sabemos que a comunicação eficaz entre profissionais de saúde e doente/familiar cuidador apresenta alguns desafios, principalmente em alguns contextos específicos, como os Serviços de Urgência, Cuidados Intensivos, pela elevada carga emocional, predominantemente negativa, com diversos fatores de stress e que interferem na comunicação. A própria literatura considera a comunicação como uma das ferramentas fulcrais aquando da prestação de cuidados em saúde. A assertividade é uma competência que contribui para a comunicação eficaz entre profissionais e o doente/familiar cuidador, contudo esta capacidade não é inata e tem que ser treinada (Grilo, 2012).

O autor mencionado anteriormente realizou um artigo que explora a relevância da assertividade na comunicação entre estes dois elementos, e de que forma o treino assertivo pode ser uma ferramenta que auxilie os profissionais da saúde, onde se incluem os enfermeiros. A assertividade pode assistir na aquisição de competências comunicacionais por parte dos profissionais, o que lhes confere a capacidade de exprimir claramente as suas ideias e opiniões, ao mesmo tempo que dão a liberdade ao doente, e o escutam, acerca das suas necessidades, de forma que este compreenda melhor toda a informação que lhe é transmitida, e assim adquira mais confiança no plano de cuidados elaborado em conjunto com o profissional da saúde, e no seu tratamento, diminuindo os níveis de ansiedade do doente.

Experiei momentos de elevado stress no ensino clínico do Serviço de Urgência, principalmente nos turnos que realizei na área de triagem, em que por vezes, devido à situação de mau prognóstico do doente, mais de que um familiar queria acompanhar o mesmo, e o enfermeiro teve de ser capaz de gerir a situação através da comunicação assertiva com a família. Ao mesmo tempo que respeitava as normas e regras do SU, não tinha a possibilidade de abrir uma exceção, pois o serviço encontrava-se sobrelotado, com inúmeros doentes em macas, por falta de vagas nos serviços de internamento. à responsabilidade dos enfermeiros do SU,

Relativamente ao desenvolvimento do autoconhecimento, ou seja, o que uma pessoa reconhece acerca do seu próprio comportamento, Skinner (2004), refere que este resulta da experiência social, sendo regado pelos limites estabelecidos pela comunidade em que o indivíduo se encontra inserido. Estes limites colocam o comportamento verbal da pessoa sobre o controle do seu comportamento não verbal, e é através da identificação destas contingências que limitam o nosso comportamento verbal e não verbal, que se compreende a origem do autoconhecimento de alguém.

Este autoconhecimento do que somos como pessoas e enfermeiros, das nossas vulnerabilidades, permite-nos desenvolver competências, e também serve de trunfo para nos ajudar a lidar com cenários complicados, exigindo o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente (Gardner, 2010). E aqui, posso reconhecer a importância de todo este percurso académico, a parte teórica e principalmente dos ensinamentos clínicos, através da observação do agir de outros enfermeiros especialistas, e das diversas situações com que

me deparei que acarretavam um elevado stress e ansiedade, para o desenvolvimento do meu autoconhecimento como pessoa e principalmente como enfermeira, e futura enfermeira especialista.

Por fim, relativamente ao desenvolvimento do autoconhecimento considero que a realização das reflexões críticas, de certos cenários vivenciados em contexto de estágio, e a realização de um relatório em cada EC, foram determinantes para o desenvolvimento do mesmo, e serviu para incutir ainda mais a importância da reflexão acerca da minha prática ao longo deste percurso. Também durante todos os ensinamentos clínicos mantive uma postura assertiva, dentro do meu papel como estudante de mestrado, das minhas competências, e segundo os objetivos específicos que elaborei no início de cada estágio, tentando atingir os mesmos, colaborando com o meu tutor, e com a equipa multidisciplinar.

Relativamente à competência de desenvolver uma prática clínica especializada em evidência científica, como sabemos o conhecimento encontra-se em constante evolução e mudança, e a base do conhecimento em enfermagem, resultante da investigação, necessita de ser aprimorada e mais desenvolvida (OE, 2012).

A Prática Baseada na Evidência (PBE) consiste num método que auxilia a decisão clínica, perante um certo problema, e que se baseia na pesquisa mais recente e com melhor nível de evidência. Assim nem toda a evidência é útil, e os elementos base da PBE são a sua “qualidade”, as necessidades do doente e de que forma esta se adequa ao seu plano de cuidados, e o juízo clínico do enfermeiro que deriva das suas experiências e competências. (OE, 2012).

Sabe-se que é imperativo que os enfermeiros assumam uma abordagem baseada na evidência, de forma a podermos realizar uma reflexão crítica acerca das nossas ações, realizar mudanças, e avaliar os resultados, e se os mesmos são adequados e de acordo com a evidência mais atualizada. As potenciais fontes de evidência que podemos recorrer são a investigação, quer desenvolvida por profissionais da saúde académicos, ou empresas, as revisões de investigação e *guidelines*, opiniões de peritos, outros enfermeiros, a nossa experiência clínica, bem como a dos doentes e familiares cuidadores/pessoa significativa, e os resultados das auditorias clínicas realizadas nos serviços (OE, 2012).

Assim, a realização do mestrado fez-me ficar mais desperta para esta necessidade de identificar lacunas no conhecimento, e apresentar uma prática reflexiva acerca das nossas intervenções, e durante este percurso utilizei todas as fontes de evidência anteriormente descritas para o desenvolvimento desta competência.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA: NA ÀREA PESSOA EM SITUAÇÃO EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Devido ao contexto social que vivemos na atualidade, e com as mudanças nas necessidades da população no que diz respeito à área da saúde, acrescentando os desafios sociais, políticos e económicos, que afetam diretamente, torna-se cada vez mais imperativo, e exige dos enfermeiros uma qualidade de cuidados adequados às necessidades das pessoas, e com isso, competências cada vez mais diferenciadas.

Em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, criou o documento *“Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem –Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos”* que tem como objetivo final a melhoria dos cuidados de enfermagem à população, criando espaço para a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros, levando-o a um patamar de excelência. Assim, foram mencionadas seis áreas, quanto aos padrões de qualidade de enfermagem: a organização dos cuidados de enfermagem, a readaptação funcional, o bem-estar e o autocuidado, a prevenção de complicações, a promoção da saúde e a satisfação do cliente.

Devido à ramificação da especialidade de EMC em quatro áreas específicas, sendo elas enfermagem à pessoa em: situação crítica, situação paliativa, situação perioperatória, e pessoa em situação crónica, surgiu a necessidade de repensar que padrões de qualidade são representativos de cada especialidade de EMC, sendo que independentemente da especialidade devemos ter em atenção todos os padrões, e usar os mesmos na base da nossa prática profissional (Ribeiro et al., 2020).

A pessoa em situação crítica é caracterizada por *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência*

depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656).

Assim os cuidados prestados à pessoa em situação crítica, são de elevada complexidade e necessitam de uma avaliação, vigilância, e monitorização minuciosa e constante, de forma a conhecer e realizar uma avaliação global da pessoa alvo dos seus cuidados, com o objetivo de identificar possíveis focos de instabilidade, prever e detetar atempadamente complicações, assegurando uma intervenção eficaz e eficiente (Coimbra & Amaral, 2016).

As competências específicas do EEEMC à pessoa em situação crítica, bem como as suas unidades de competência e critérios de avaliação, estão descritas no Regulamento n.º 429/2018, sendo as seguintes:

- *“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”* (p. 19359);
- *Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”* (p. 19359);
- *“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (p. 19359).

Tendo como objetivo final a aquisição destas competências, foi essencial a realização de um momento formal de discussão, no início de cada ensino clínico, com os enfermeiros gestores dos serviços onde realizei os Ensinos Clínicos e o estágio, assim como com os enfermeiros orientadores, de forma a expor as minhas expectativas enquanto formanda, conhecer os serviços, relativamente à sua missão e funcionamento, bem como delinear os objetivos específicos que pretendia atingir com a permanência naqueles contextos específicos.

De seguida vou contextualizar e realizar uma reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento destas competências, descrevendo o evidenciando as experiências vivenciadas em contexto de prática clínica, mais especificamente no SU, UCIP, contexto pré-hospitalar e UCICT.

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

Esta é a primeira competência do EEEMC à pessoa em situação crítica mencionada no Regulamento nº 429/2018, que devido à sua abrangência, encontra-se dividida nas seguintes unidades de competência: prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, administração de protocolos terapêuticos complexos, gestão diferenciada da dor e do bem estar da PSC, comunicação interpessoal e estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e familiar e/ou cuidador, e assistir a pessoa e familiar/cuidador nas perturbações emocionais que surgem devido à situação crítica de saúde.

Para cada uma destas unidades de competência, no Regulamento anteriormente mencionado, são discriminados os seus critérios de avaliação, de forma a poder realizar uma avaliação se as mesmas foram cumpridas e atingidas, sendo aplicáveis em todos os contextos em que são prestados cuidados à pessoa em situação crítica.

No contexto do Serviço de Urgência, somos colocados à prova com a pluralidade de tipologia dos doentes, acrescentando a imprevisibilidade das situações. O foco neste serviço é a doença e o tratamento da mesma, sendo que esta pode apresentar diversas causas, envolvendo inúmeras especialidades.

Com isto, a pessoa tipo que se dirige ao SU, deverá ou deveria ser uma pessoa em situação crítica, ou seja, aquele que cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Diário da República, 2018). Assim, a prestação de cuidados especializados, principalmente em EMC são essenciais para o funcionamento desta tipologia de serviços.

No ensino clínico realizado num Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, tive diversas oportunidades de observar ativamente e prestar cuidados ao doente crítico, efetuando a vigilância e monitorização de possíveis focos de instabilidade e/ou de falência orgânica, e de atuar perante os mesmos, implementando o plano de cuidados segundo o

quadro clínico, sinais e sintomas, e antecedentes pessoais da PSC, e tendo por base protocolos terapêuticos complexos, que para os aplicar são requeridos cuidados técnicos de elevada complexidade, bem como conhecimentos e habilidades.

Um dos exemplos do que referi anteriormente, diz respeito a uma doente de 64 anos, admitida com diagnóstico de grande queimado, que deu entrada no SU, acompanhada pela VMER. A mesma foi encontrada pelo marido, caída na lareira de casa. A doente apresentava predominantemente queimaduras de terceiro grau na face, na região superior do tórax e no membro superior esquerdo. O objetivo da paragem no SU daquele hospital, que não apresenta Unidade de Queimados, era para garantir uma via aérea avançada mais “segura”, pois a vítima encontrava-se com a via aérea permeável apenas com uma máscara laríngea, e com isto a equipa de EPH decidiu que o mais seguro seria assegurar uma via aérea avançada, com o recurso à broncoscopia, para assim posteriormente realizar o transporte até à unidade de queimados mais próxima, que ficava a 30 minutos.

No meu contexto profissional nunca tive contacto com esta tipologia de doentes, e durante toda a minha formação, essa foi a primeira vez que tive uma experiência destas características no contexto de sala de emergência. Por isso, considero que esta experiência de observar ativamente os cuidados ao grande queimado, foi fulcral para a minha evolução. Tive a oportunidade de presenciar e analisar toda a abordagem ao doente, participando apenas em tarefas *minor*, o que me permitiu ter espaço para observar, mais atentamente, desde o acolhimento na sala de emergência, a abordagem ABCDE, enfatizando o “A” a permeabilização da via aérea, bem como a preparação para o transporte inter-hospitalar, que foi assegurado pela equipa da sala. Tal foi importante para contextualizar e mobilizar para a prática os conhecimentos que adquiri durante a componente teórica do curso, sobre a abordagem ao doente crítico e grande queimado.

Segundo a literatura o trauma é uma problemática em todo o mundo, sendo uma importante causa de morte. Portugal apresenta uma taxa de mortalidade, associada ao trauma, das maiores da Europa (DGS, 2022). As queimaduras são a quarta causa de trauma mais comum no mundo, sejam elas resultantes de acidentes de viação, quedas ou por violência. O risco de queimaduras tende a aumentar em locais com status socioeconómico mais baixo. Um estudo realizado nos Estados Unidos concluiu que a prevalência de

queimaduras tem uma distribuição bimodal segundo a faixa etária. Sendo que as crianças apresentam uma prevalência de 24% e pessoas entre os 20 a 59 anos, de 55%. Um facto que é concordante na maioria dos estudos, é que as queimaduras podem ser prevenidas e antecipadas, com simples medidas (David e Greenhalgh, 2019).

A literatura recomenda que, como nas restantes situações de trauma, a informação deve ser obtida utilizando as mnemónicas AT-MIST (*Age, Time of accident, Mechanism of incident, Injuries suspected, Signs and symptoms, Treatments*), SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*) (DGS, 2022). A história e mecanismo da queimadura, pode-nos fornecer informação importante sobre a extensão e natureza da lesão. A resposta a estas questões deve ser realizada logo no pré-hospitalar, para o processo de estabilização ser iniciado de imediato. Neste caso específico aquando da entrada da doente na sala de emergência, os colegas transmitiram essa informação, dizendo que a mesma tinha sido encontrada pelo marido, e que pensam que a doente se encontrava sentada na cadeira que estava à frente da lareira e que em algum momento, por causas desconhecidas, caiu de frente para a lareira. Com esta informação conseguimos logo aferir que o mecanismo do trauma foi grave e que provavelmente se tratava de um grande queimado (David e Greenhalgh, 2019).

A avaliação primária à vítima de trauma, tanto em contexto pré-hospitalar ou hospitalar, deve ser realizada segundo a sequência ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, neurological Disability, Exposure*), priorizando o ABC (via aérea, ventilação e circulação), nos primeiros 20 minutos de contacto com a vítima (DGS, 2022).

Após isto, a avaliação secundária, realizada apenas quando se encontra assegurada a estabilização inicial da vítima, tem como objetivo recolher informações acerca das circunstâncias do trauma, utilizando a mnemónica AMPLE (*Allergies, Medications, Past medical history, Last meal, Events preceding injury*), seguindo-se de um exame físico céfalo-caudal, tendo especial atenção às áreas corporais menos perceptíveis, como couro cabeludo, o pescoço, períneo e dorso (DGS, 2022).

Nestes casos a via aérea pode apresentar edema que leva a uma obstrução total, e a entubação orotraqueal precoce constituiu uma medida “*life saving*”. Existem estudos que referem que 1/3 dos doentes queimados, que foram entubados precocemente, foram

extubados um dia após a admissão, colocando assim em questão a necessidade da mesma (David e Greenhalgh, 2019).

Segundo Greenhalgh, (2019), a entubação orotraquel precoce está recomendada quando o doente apresenta:

- Área corporal queimada superior a 40 % (área inferior de queimaduras profundas);
- Queimaduras na cabeça e boca;
- Lesão por inalação de fumos significativa clinicamente comprovada;
- Atraso na transferência para um centro de queimados;
- Alteração do estado de consciência;
- Alterações na voz ou rouquidão.

Refere também que, se nenhuma destas se encontrar presente, deve-se aguardar a chegada a um centro de queimados para tomar a decisão.

No “B” referente à ventilação, o problema maior é a hipoxemia, que muitas vezes é causada por valores elevados de monóxido de carbono no sangue. O monóxido de carbono apresenta uma afinidade à hemoglobina maior que o oxigénio, e que por isso, na sua presença a entrega de O₂ aos tecidos é muito menor (David e Greenhalgh, 2019).

Gasometrias arteriais e oximetria de pulso não são valorizáveis nestes casos pois não demonstram os níveis de monóxido de carbono no sangue. A avaliação da carboxihemoglobina é o único teste fiável. Se os mesmos forem superiores a 30%/40%, significa que o doente teve uma exposição severa ao monóxido de carbono. O tratamento consiste na administração de oxigénio numa concentração de 100%. A semivida da dissociação do monóxido de carbono da hemoglobina diminui de 3 a 4 horas para uma hora, quando administrado oxigénio a 100%. Frequentemente estes doentes desenvolvem Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), e a mesma dever ser abordada com o uso de volumes correntes baixos (6ml/kg do doente) e com valores de pressão positiva adequados (David e Greenhalgh, 2019).

Relativamente à circulação, queimaduras mais severas requerem uma ressuscitação com fluidos mais agressiva. O cálculo do volume a administrar de fluidos,

baseia-se na área de superfície queimada. A maioria dos centros de queimados usa a Regra de *Lund- Bowder*, que ajusta a área de superfície queimada à faixa etária. O mais importante é que independentemente da regra usada, a mesma só deve ser utilizada para estimar o uso inicial de fluidos, e a que ritmo (David e Greenhalgh, 2019).

A fórmula mais usada é a de *Parkland*, que estima o ritmo da ressuscitação de fluidos nas primeiras 24 horas em 4ml /Kg por percentagem de área corporal queimada, sendo que metade do volume deve ser administrado nas primeiras 8 horas. Depois de estabelecido o volume de fluidos, deve-se monitorizar o débito urinário e ajustar o ritmo de administração segundo o mesmo. Sendo que o objetivo de débito urinário será 0,5ml/kg de peso corporal/hora (DGS, 2012).

Neste caso, numa mulher com 64 anos, com aproximadamente 70 kg, com queimaduras profundas envolvendo 45% da sua área corporal, requer (4x70x45ml= 12600) de fluidos nas primeiras 24 horas. A administração de fluidos de forma descuidada pode levar a insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, e síndrome compartimental, pelo que para prevenir estas complicações devemos vigiar o débito cardíaco, vasodilatação provocada pelo uso de opióides, e o aumento da pressão intratorácica causada pelo ventilador, que leva a uma diminuição do retorno venoso (David e Greenhalgh, 2019).

Após a discussão deste cenário com o enfermeiro tutor, que também apresenta experiência profissional em emergência extra-hospitalar, fizemos uma análise de qual seria a nossa ação perante esta doente no contexto extra-hospitalar. Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), no documento “Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto”, e já mencionado neste relatório, primeiramente deve-se realizar avaliação inicial com base na metodologia ABCDEF:

- A: manutenção da via aérea e controlo da coluna cervical;
- B: garantir ventilação;
- C: controlo hemorrágico e assegurar um acesso venoso permeável;
- D: avaliação do estado de consciência;
- E: inspeção do doente para despistar outras lesões;

- F: ressuscitação com fluidoterapia, quantificada segundo a Fórmula *Parkland* e Fórmula de *Brook* modificada.

De salientar que deve ser removido todo o vestuário, adereços e adornos exceto quando o mesmo apresenta vestígios de alcatrão, e iniciar o processo de arrefecimento, até três horas após a queimadura, com água até 15 graus Celsius, e nunca utilizar gelo. No caso de queimaduras causadas por frio, calor, escaldões ou queimaduras químicas, deve-se proceder à irrigação logo que possível com água corrente, 8 a 15°C, durante 20 minutos, à exceção de queimaduras com cal viva. Após o arrefecimento, cobrir queimaduras com lençóis limpos ou esterilizados, compressas húmidas esterilizadas ou uma manta isotérmica. Deve-se proceder ao transporte para o SU, quando terminada a avaliação primária e secundária, e se possível, após colocação de acesso venoso, realizar entubação nasogástrica no caso de o doente apresentar náuseas ou vômitos, ou via aérea avançada, restringir a via oral, recolher toda a informação clínica e registar todas as áreas queimadas, e realizar sempre um contacto prévio com o hospital de destino (DGS, 2017).

Um cenário vivenciado que gostaria de destacar como exemplo prático da unidade de competência “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos*” “, diz respeito a um homem de 48 anos, que dá entrada no serviço de urgência por episódio súbito de mal-estar, com lipotimia e com perda de consciência. À entrada no SU refere cefaleias, e é triado com o fluxograma “35- *Indisposição no Adulto*” e discriminador “*Instalação Súbita*”, tendo-lhe sido atribuída a pulseira amarela. Aquando da sua permanência na área amarela, é encontrado caído no chão, não reativo em provável PCR. Todas as situações de paragem cardiorrespiratória são situações de elevado stress, mas são aquelas que mais necessitam de uma resposta rápida e eficaz, deixando as emoções de lado e sabendo atuar perante uma situação emergente.

A paragem cardiorrespiratória acontece quando a parte mecânica do coração apresenta uma disfunção, podendo esta ser reversível caso haja uma intervenção atempada. Segundo a literatura, na Europa, fora do hospital, 38 em cada 100000 pessoas por ano têm uma PCR. Dentro das possíveis causas de PCR, a etiologia cardíaca é a mais comum (65 a 89%), sendo que dentro das doenças do foro cardíaco, a Síndrome Coronária Aguda (SCA) é a principal causa. A maioria das PCR's, isto é cerca de 60%, não é

presenciada, e a maior parte dos SCA (80%) ocorrem em casa, o que torna mais difícil que a tentativa de ressuscitação seja bem-sucedida (Correia, 2016).

A abordagem e tratamento dependem do ritmo de paragem. A literatura refere que atualmente a assistolia é o ritmo mais comum (45-50%) seguida da fibrilhação ventricular (25-35%) e a atividade elétrica sem pulso (20-25%). Quando a fibrilhação ventricular é o ritmo inicial, segundo a literatura, 60% das pessoas irá recuperar. Contrariamente à assistolia e a atividade elétrica sem pulso, que são os ritmos que representam pior prognóstico (Correia, 2016).

No caso deste doente, a paragem cardiorrespiratória não foi presenciada, nem o mesmo se encontrava monitorizado, por isso não foi possível perceber qual o ritmo inicial. Mas após a transferência para a sala de emergência, e monitorização eletrocardiográfica do mesmo, iniciando o algoritmo de Suporte Avançado de Vida da *American Heart Association* (AHA) (2020), foi possível constatar que se encontrava em fibrilhação ventricular. Como descrito no algoritmo, a fibrilhação ventricular é um ritmo desfibrilhável, e por isso foi aplicado um choque com a energia recomendada pelo desfibrilhador, que nos encontrávamos a utilizar, neste caso 220 Joules. Após o choque o doente recuperou a circulação espontânea e iniciamos o algoritmo de cuidados pós PCR, como descrito pela *American Heart Association* (2020).

Aqui foi possível constatar a importância de uma equipa treinada para atuar em conjunto, e a necessidade de conhecimentos sólidos sobre os algoritmos de suporte avançado de vida, sendo este conhecimento fulcral para cada membro assumir a sua função, saber o que é esperado de si, e assim todos trabalharem em conjunto e em sintonia para a recuperação do doente.

Como descrito pela AHA (2020) após recuperação da circulação espontânea, é necessário estabilizar o doente e procurar possíveis causas reversíveis, denominados de “H’s” (hipovolémia, hipóxia, hidrogénio (acidemia), hipocalemia e hipercalemia e hipotermia), e os “T’s” (tensão do tórax por pneumotórax, tamponamento cardíaco, toxinas, trombose coronária e trombose pulmonar).

Após observação do traçado eletrocardiográfico foi possível constatar que o doente apresentava um supra desnivelamento do segmento ST, e em bloqueio aurículo

ventricular completo. Sendo assim, foi possível identificar a SCA como uma possível causa da paragem cardiorrespiratória.

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2017) preconiza que a intervenção percutânea precoce constitui o melhor tratamento para o doente com SCA, minimizando assim as complicações e a mortalidade associada a esta patologia. Estudos constataram que existe um predomínio de complicações mecânicas em hospitais que não apresentam serviço de hemodinâmica em funcionamento, o que poderá ser explicado pelo maior tempo até a reperfusão, sendo que como o autor refere “*Tempo é Miocárdio*” (Miranda et al., 2020). No caso deste doente, o hospital tem um Serviço de Hemodinâmica, sendo que após a recuperação da PCR, foi iniciado todo o processo de preparação do doente para o transporte até à sala, para ser realizado o tratamento definitivo, a Intervenção Coronária Percutânea Primária.

No documento que a *American Heart Association* lançou em 2020, refere novas recomendações e atualizações das diretrizes de RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), onde é mencionado a importância do *debriefing* após um evento de PCR. Este tem como objetivo permitir um momento formal de análise do trabalho em equipa, e com isso, melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Para além de que, permite a identificação de fatores de stress associados ao cuidar de um doente em iminência de morte, e ajuda a equipa a ultrapassar os mesmos em conjunto.

Por vezes, este momento formal de reflexão sobre as práticas realizadas é descurado, devido à afluência de trabalho, bem como por outros fatores, mas considero que sempre que possível, mesmo que não seja logo após o sucedido, deve existir este espaço para comunicar, e expressar emoções e sentimentos relacionados com a situação vivenciada, e analisar o que poderia ter ocorrido ou não de outra forma, com o objetivo melhorar as práticas em equipa multidisciplinar.

Outra experiência que este primeiro ensino clínico me proporcionou, foi a realização de turnos na Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), que se encontra em funcionamento no SU onde realizei estágio, desde meados de 2022. Como definido pela legislação, as EEMI são ativadas não só para situações de Paragem Cardiorrespiratória, mas também para situações de significativa deterioração fisiológica

aguda, englobando todas as pessoas que se encontram na instituição, estando incluídas, por exemplo, as visitas e os profissionais da saúde (Diário da República n.º 198/2018).

Estas equipas encontram-se em funcionamento 24 horas por dia, 365 dias por ano, e são constituídas por um médico e um enfermeiro, com experiência na área da urgência e emergência, com competências em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação. Após a sua ativação, realizada pela extensão telefónica, a resposta tem de ser imediata (Marques, 2021).

Esta experiência ajudou a consolidar a ideia que a PCR, em contexto intra-hospitalar, raramente ocorre de forma súbita, mas sim de uma deteriorização fisiológica progressiva, que carece de profissionais treinados com conhecimentos e habilidades, passíveis de ser detetar sinais e sintomas deste agravamento progressivo do estado clínico do doente, como focos de instabilidade e de falência orgânica. Tendo por base que a maioria dos sinais de alerta são relativos à existência de hipoxemia e hipotensão, foram criados critérios específicos e concretos para ativar estas EEMI, de forma a criar um sistema eficaz e uma atuação e abordagem imediata na prevenção da PCR intra-hospitalar, ou em casos de PCR, estas equipas proporcionarem uma atuação eficaz.

A etiologia da PCR em contexto hospitalar pode ser variável, bem como a sua incidência, sendo que pode ocorrer em cerca de 1,5 a 2,8 casos por 1000 doentes internados (Grasner, et al., 2021). Aqui o rápido reconhecimento da pessoa em risco e a atuação rápida na prevenção da PCR, constitui o primeiro elo da cadeia, bem como o fator tempo, até ao início de manobras de reanimação, são a chave para aumentar a possibilidade de sobrevivência do doente crítico em PCR, e melhora o seu *outcome* pós reanimação (INEM, 2019; Despacho n.º 9639/2018).

Assim, como mencionado pela AHA, 2020, existem diferentes cadeias de sobrevivência aplicáveis à pessoa vítima de PCR, para o contexto intra-hospitalar e para o contexto extra-hospitalar. No contexto intra-hospitalar a cadeia inclui o reconhecimento e prevenção precoce, a ativação do serviço de emergência, neste caso a EEMI, manobras de reanimação cardiopulmonar de alta qualidade, desfibrilhação adequada, e cuidados pós-PCR e recuperação (Lavonas, et.al. (2020), Diretrizes de RCP de AHA (2020).

Em 80% dos casos os doentes internados, apresentam manifestações clínicas, características de focos de instabilidade, antes de entrarem em PCR. Os focos de

instabilidade identificáveis são sinais de dificuldade respiratória, aumento da frequência cardíaca e diminuição do débito cardíaco, bem como, hipotensão, alteração do estado de consciência, aumento da frequência respiratória com manifestações de dispneia e diminuição da saturação periférica de oxigênio (SpO₂) (INEM, 2019).

Assim os critérios de ativação das EEMI, são casos de paragem respiratória, SpO₂ inferior a 90%, com oxigênio suplementar (máscara de venturi com fração de oxigênio inspirado (FiO₂) de 60%, paragem cardiorrespiratória, valores de pressão arterial sistólica inferiores a 90mmhg, de instalação súbita, alterações do estado de consciência, crise convulsiva prolongada e repetida.

No contexto Pré-hospitalar, tive diversas oportunidades de vivenciar a prestação direta de cuidados à PSC e a gestão e administração de protocolos terapêuticos. Na SIV, que foi o meio do INEM, em que realizei o maior número de horas, tive diversas oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências na área da especialidade.

Como referi anteriormente, para além da observação ativa, pude participar ativamente na atuação e aplicação de protocolos terapêuticos, desde a primeira abordagem à vítima até à transição segura dos cuidados no meio hospitalar em que a mesma foi transportada. No início do ensino clínico, consultei a maioria dos protocolos do INEM, nomeadamente os protocolos de atuação que constam no Manual da Ambulância SIV (2013), de forma a integrar as normas e procedimentos da instituição.

Os protocolos mais utilizados durante o meu período de estágio foram o da dor torácica, paragem cardiorrespiratória, alteração do estado de consciência, dispneia, e dor abdominal. Em todos os momentos mantive uma postura de observação e de participação, desde a abordagem primária à vítima, com avaliação do cenário e das condições de segurança, avaliação primária da vítima, segundo a Metodologia xABCDE, já mencionada anteriormente neste relatório, preconizada no Manual de SIV publicado pelo INEM em 2023, com o objetivo de identificar situações com risco de vida. E a avaliação secundária, avaliação de parâmetros vitais, recolha de informação segundo a mnemónica CHAMU (circunstâncias do acidente, história de doenças e/ou gravidez, alergias, medicação habitual e última refeição), realizando por fim uma observação geral e

sistematizada, inspecionando, percutindo, palpando e auscultando a vítima, no sentido céfalo-caudal, identificando assim lesões menos significativas.

Assim após a avaliação, tive a oportunidade de intervir segundo o protocolo que se adaptava ao cenário, e quando necessária validação pelo CODU, estabeleci comunicação com o médico responsável para validação de administração de fármacos, e orientação da vítima, se a mesma tinha ou não necessidade de ser transportada por um meio SIV, e para que instituição de saúde diferenciada iria ser transportada, participando assim no transporte e encaminhamento da vítima.

Na VMER, também presenciei emergências médicas e emergências de trauma. E a passagem por este meio do INEM fez-me perceber a diferenciação do mesmo relativamente aos restantes, e reforçar a importância do trabalho em equipa, neste caso médico e enfermeiros, e a comunicação, coordenação com os restantes meios do local, visto este ser o meio de emergência médica mais diferenciado e de gestão do cenário.

Pude vivenciar situações de politrauma, em contexto de uma vítima envolvendo um veículo pesado, em que o local da ocorrência era de difícil acesso, e que daí resultou a necessidade de primeiramente verificar e assegurar condições de segurança para abordar a vítima, e posteriormente o transporte até ao Serviço de Helicópteros de Emergência Médica, o que foi importante para mim experienciar o trabalho de gestão e coordenação entre as diversas equipas e meios e de transmissão de informação com o CODU.

Para além disto, sabemos que o registo clínico das intervenções de enfermagem, e a transição segura de cuidados, é uma parte fundamental do nosso trabalho, e apresenta um papel ainda mais importante no contexto de emergência pré-hospitalar. O meio de registo utilizado pelo INEM é o *iTEAMS*, “INEM Tool for Emergency Alert Medical System”. Consiste numa ferramenta de suporte interativo entre o CODU e os meios que se encontram no terreno, podendo ser disponibilizado este registo à instituição hospitalar de destino do doente, que permite estratificar a gravidade clínica das vítimas, através das informações preenchidas na plataforma pelos meios que se encontram no local, de forma a orientar os recursos necessários segundo a gravidade da situação (INEM, 2017).

Para utilizar esta ferramenta durante o ensino clínico, realizei uma formação online disponibilizada pelo INEM, “Aprender.INEM”, com documentos de apoio e aulas interativas com avaliação final dos conteúdos.

Em todos estes contextos mencionados anteriormente, os erros de comunicação em contexto de saúde no momento da transferência de informações entre as equipas prestadoras de cuidados, é uma problemática significativa, na medida que coloca em risco a segurança do doente (DGS, 2017). Esta transferência de informação tem como objetivo a manutenção de cuidados de qualidade ao doente, promovendo a sua continuidade (Caselhas, 2020).

Com o intuito de melhorar a comunicação e a transferência de cuidados do doente, a *The Joint Commition* (2017) recomendou a implementação de um sistema protocolado de passagem de turno, pois a padronização do método de passagem de informação diminui o erro e reduz a perda de informação, promovendo a continuidade de cuidados seguros.

Assim a Direção Geral de Saúde em 2017 emitiu a Norma 001/2017, com o objetivo de uniformizar boas práticas de comunicação eficaz entre os profissionais da saúde, e promover a segurança do doente, através da técnica ISBAR. Constitui uma ferramenta de padronização da comunicação em saúde no contexto da transição dos cuidados, que promove o pensamento crítico, a rapidez na tomada de decisão, diminui o tempo de passagem de informação e promove a rápida integração dos profissionais.

ISBAR é uma sigla que se refere a *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendations* (Recomendações), sendo estes os cinco componentes chave no processo de comunicação de transferência de cuidados, e que devem ser aplicados em todos os níveis de prestação de cuidados e sempre que haja a passagem de responsabilidades dos cuidados de um doente, assegurando assim a continuidade e segurança dos mesmos (INEM, 2020). Constitui uma ferramenta simples, que permite a memorização de informações complexas que são importantes de serem transmitidas aquando da passagem de informação.

Esta metodologia encontra-se em uso em todos os serviços do hospital onde realizei o Ensino Clínico I- Serviço de Urgência e o Ensino Clínico II- Unidade de

Cuidados Intensivos Polivalente, tendo sido realizadas formações e criados elos de ligação em cada serviço, e posteriormente foram realizadas auditorias nos serviços.

Pude observar a utilização do ISBAR como método de passagem de turno, e uma das minhas dificuldades iniciais, no contexto do SU, sentidas principalmente nos turnos que realizei nas áreas amarela e laranja, por serem áreas de elevada afluência de pessoas, passou por tentar acompanhar o número de doentes que se encontravam em observação, e transmitir informação estruturada sobre os mesmos. Considero que esta metodologia ainda tem de ser bem trabalhada, por exemplo com a realização de mais formação sobre o tema, e cada serviço tentar adequar o local da passagem de turno, de forma a diminuir o ruído, e assim os erros durante a transmissão da informação.

No ensino clínico III, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica, também tive oportunidade de realizar turnos na Unidade Intermédia, um turno no Bloco Operatório, e um turno no hospital de dia. Relativamente à tipologia dos doentes, na sua maioria encontrava-se nas primeiras horas após cirurgia cardíaca, de revascularização, substituição valvular, e por vezes, cirurgia dupla. Este período é bastante característico, no que concerne à sua complexidade e necessidade de cuidados que o doente apresenta, uma vez que a cirurgia é um procedimento bastante invasivo, abrupto, e que requer uma observação contínua e cuidados de enfermagem imediatos, e característicos da pessoa em situação crítica. Para isto, são necessários conhecimentos científicos e habilidades específicas, bem como uma assistência integral e contínua, para que o doente tenha o melhor *outcome* possível (Rabim, 2017).

A seleção deste serviço específico, deve-se ao meu contexto profissional, e ao meu principal objetivo, para além do desenvolvimento de competências de EMC e de mestre, no que diz respeito ao acompanhamento do doente com EAM, desde o pré-hospitalar, até ao tratamento definitivo, a cirurgia de revascularização, percebendo de que forma o EMC na área da pessoa em situação crítica, faz a diferença e com isso melhora a qualidade dos cuidados prestados.

A passagem por este serviço, fez-me perceber que nele o enfermeiro EMC na área da pessoa em situação crítica apresenta um potencial distinto, no que concerne à prestação de cuidados diferenciados, principalmente na gestão e aplicação de protocolos complexos, executando cuidados técnicos de alta complexidade, na identificação de focos

de instabilidade, no diagnóstico de precoce de possíveis complicações e na atuação perante as mesmas, bem como no foco de enfermagem Dor, que no pós operatório é dos principais focos do cuidado, e que apresenta um papel predominante na evolução clínica do doente.

Sobre as complicações no período pós cirurgia, são definidas como a segunda doença imprevisível que pode ocorrer até 30 dias após o procedimento, e que acarreta consequências para o doente. As mesmas podem ter diversas etiologias, entre as quais a anestesia, ventilação mecânica invasiva e Circulação Extracorporal (CEC).

Num estudo realizado em que foram avaliados doentes submetidos a CCT no período de janeiro de 2003 a abril de 2012, totalizando uma amostra de 2,648 doentes, as complicações mencionadas foram a lesão renal aguda, a disfunção do ventrículo esquerdo moderada/grave, complicações do foro pulmonar com necessidade de reintubação, fibrilhação auricular e complicações do foro neurológico (Beccaria et al., 2015).

As complicações pós cirurgia que observei, no decorrer do estágio, foram do foro neurológico, e pela abordagem da cirurgia, por exemplo, nos casos em que foi realizada esternotomia. Dois dos doentes que tive contacto desenvolveram instabilidade do esterno, que nestes casos um dos focos de enfermagem a ter em conta no plano de cuidados, é a Dor, e a sua respetiva gestão.

No que diz respeito à gestão da dor e ao bem-estar da PSC e ou falência orgânica compreendi a importância das manifestações verbais e fisiológicas da dor (taquicardia, hipertensão arterial, dilatação pupilar, taquipneia, palidez cutânea), pois com frequência podem ser o único sinal de que o doente poderá apresentar dor. As alterações ao nível fisiológico provocadas por dor, podem agravar o estado hemodinâmico do doente crítico, e levar à sua deterioração clínica.

Assim, a identificação do doente com dor de modo a intervir e a eliminá-la, proporcionando alívio e bem-estar, é um papel fundamental do enfermeiro (Costa, 2020). Em termos de medidas não farmacológicas de controlo da dor, foram implementadas a massagem e a mobilização. No doente consciente, com ou sem ventilação mecânica invasiva, e que se encontrava capaz de comunicar, utilizou-se a escala numérica da dor, como método de monitorização da dor. Enquanto no doente sedado, com alteração do

estado de consciência e/ou com comunicação, foi utilizada a *Behavioral Pain Scale* (BPS).

De forma a monitorizar o grau de sedação do doente crítico é utilizada a escala *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) cujo resultado pode variar entre não despertável (-5) e combativo (+4). Como referido na literatura, a sedação e analgesia são fundamentais para garantir a segurança e o conforto do doente crítico, pois proporcionam o alívio da ansiedade, medo, desconforto e controlo da agitação, diminuindo as repercussões fisiológicas e psicológicas desencadeadas pelo stress. Desta forma, facilitam a realização de técnicas invasivas e a adaptação ventilatória, podendo levar a um melhor *outcome* para o doente.

Uma competência fundamental do enfermeiro EMC na área da pessoa em situação crítica, é a capacidade de gestão da comunicação interpessoal, a qual permite estabelecer uma relação terapêutica entre a pessoa em situação crítica, familiar/pessoa significativa e equipa multidisciplinar, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

A comunicação constitui uma ferramenta fulcral para a construção da relação enfermeiro/pessoa/família. Esta ferramenta apresenta um valor mais significativo nos contextos de saúde críticos, pela situação de crise vivenciada pela pessoa em situação crítica/família, que é pautada por sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, o que pode ser desafiante, principalmente no SU, por ser um ambiente caracterizado como exigente e pressionado pelo fator tempo.

A situação crítica de saúde/doença como referido anteriormente é geradora de emoções negativas, tanto no doente, família/pessoa significativa bem como nos profissionais envolvidos. Por isso o estabelecimento de uma relação terapêutica com todos os intervenientes, gerindo uma comunicação interpessoal, utilizando técnicas e estratégias de comunicação adequadas à situação vivenciada, leva a uma comunicação eficaz e com isso, a níveis de satisfação e realização pessoal e profissional mais elevados (Sousa, 2019).

Também a relação entre enfermeiro, pessoa e família no contexto de uma situação crítica é por vezes caracterizada por excesso de formalidade, frieza, distanciamento, com demasiada linguagem técnica não adaptada ao recetor, condicionando o processo comunicacional com o alvo dos nossos cuidados. Com isto o enfermeiro tem de

estabelecer uma comunicação adaptada às capacidades cognitivas, culturais e educacionais dos seus interlocutores. Fatores como o ruído, falta de privacidade, interrupções frequentes, tempo limitado, falta de recursos humanos, sobrelotação, entre outros, podem ser desafiadores para a construção de uma comunicação terapêutica com o doente crítico/familiar e a satisfação dos mesmos (Roh, Park, 2021).

Num serviço como o SU, a porta de entrada de qualquer hospital, que apresenta diversas condicionantes, os enfermeiros, como principais prestadores de cuidados, são frequentemente confrontados com as mais variadas situações e pessoas, o que pode afetar a sua capacidade de estabelecer uma comunicação com o doente e familiar/cuidador. Pela minha experiência no SU onde realizei estágio, nem todos os doentes que davam entrada tinham direito a acompanhamento. Esta decisão, da necessidade de acompanhamento do doente por um familiar/cuidador, era realizada no momento da triagem, pelo enfermeiro triador, atribuindo ao acompanhante uma pulseira castanha. A decisão da entrada do acompanhante era tomada segundo as capacidades cognitivas e funcionais do doente, bem como o seu estado de saúde geral.

A família/pessoa significativa constitui também um meio importante de obtenção de informação clínica necessária para a avaliação do doente. Também a informação é uma das necessidades mais referidas da família da pessoa em situação crítica. Por isso, aquando do momento da triagem, no SU, uma das alternativas para ultrapassar a barreira de comunicação com a família, consistia em explicar ao acompanhante como obter informações clínicas, por via telefónica, em que o contacto associado ao doente recebe mensagens informativas sobre exames complementares que estão a ser realizados, local de internamento, entre outras informações importantes, ou pela aplicação criada pela instituição.

Apesar do espaço do próprio serviço, e da sobrelotação vivenciada diariamente, as visitas aos doentes internados em regime de observação no SU na maioria das vezes eram permitidas pelo responsável de enfermagem, especialmente em situações de fim de vida, em que eram abertas exceções relativamente ao número de visitantes. Nas situações que presenciei de doentes que apresentavam mau prognóstico, houve o cuidado de comunicar à família a situação, num local reservado, e permitir visitas ao seu familiar. Também, na maioria das vezes, e dentro do que era possível, tiveram o cuidado de criar

privacidade durante a visita, ou com o uso de biombos, ou colocando a pessoa numa área mais reservada da sala.

Uma das situações que assisti, foi de um doente que deu entrada como Via Verde AVC, acompanhado pela VMER, e que por isso entrou diretamente para a sala de emergência. Após estabilização inicial do doente, e como este SU não tem a especialidade de Neurocirurgia, o doente teve de ser transferido para outro Centro Hospitalar. Após comunicado à família, que se encontrava do lado de fora da sala de emergência, num local destinado para os familiares aguardarem por informações, foi permitido às filhas do doente, enquanto o transporte era agilizado, poderem estar com ele na sala. Lembro-me que esta situação na altura surpreendeu-me, dada a perceção que tinha sobre as salas de emergência, como um ambiente fechado e fora do alcance dos familiares, caracterizado por um elevado stress, ansiedade e instabilidade.

Também cheguei a presenciar alguns episódios de agressividade verbal para com o enfermeiro da triagem, por parte acompanhantes devido à não permissão da sua entrada no SU, e consegui observar na prática situações de gestão de conflitos, com o uso de técnicas de comunicação verbal, como a assertividade, clarificação, empatia, entre outras.

No ambiente Pré Hospitalar, a abordagem à vítima deve ser realizada de forma cuidada e planeada, não devendo ser ignorado, de alguma forma, nenhum aspeto relativo à necessidade de cuidados, quer sejam de carácter físico e psico-espiritual. Devemos ter em atenção aspetos como a comunicação, mostrando comportamentos de escuta ativa de forma a facilitar a comunicação verbal, respeitando a individualidade de cada um, não efetuando generalizações, atendendo à comunicação verbal, ao conteúdo da mensagem e a forma como a mesma é transmitida (voz, agitação, postura, entoação). A comunicação não verbal, apresenta um papel importante e que não deve ser descurado. Aspetos como as expressões faciais, os gestos, o toque, a postura corporal, podem ser facilitadores aquando da comunicação com a vítima, familiares/pessoa significativa e pessoas circundantes.

Enquadrando, agora a questão do desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais na prestação dos cuidados especializados à PSC e respetiva família e/ou pessoa significativa, mas num outro contexto, o de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

O ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos, devido à sua alta complexidade, ao ambiente, equipamentos, e também devido à tipologia dos doentes internados, e pelo seu significado negativo, induz automaticamente um maior stress e ansiedade à pessoa em situação crítica e seu familiar. Comunicar com hostilidade, de forma mecanizada, e até situações de despersonalização, são frequentemente utilizadas para descrever o lugar, o que acarreta uma maior ansiedade para a pessoa e familiar.

Uma das estratégias utilizadas no serviço pela equipa de enfermagem, é o acompanhamento do familiar no início da visita, com a explicação prévia dos procedimentos de assepsia necessários para a entrada na unidade, do estado do seu familiar e do meio envolvente, explicando para que serve cada equipamento, de forma a diminuir o impacto visual aquando da visita. Também o próprio serviço, tem um espaço físico com o propósito de acolher os familiares antes da visita, que promove um ambiente acolhedor e de segurança para os mesmos receberem informações clínicas sobre o seu familiar, e poderem colocar as suas questões.

Este acompanhamento promove o desenvolvimento da relação de ajuda, sendo fulcral que os enfermeiros apoiem os familiares neste momento de vulnerabilidade através de atitudes ou habilidades que assentam na aceitação, no respeito e na empatia (Phaneuf, 2005).

A instabilidade do doente é um fator que interfere na comunicação entre enfermeiro e doente. Também a condição do doente, se por exemplo estiver sob ventilação mecânica invasiva, compromete a comunicação verbal pela presença do tubo orotraqueal, configurando-se um dos principais fatores de stresse para o doente. A utilização de estratégias facilitadoras da comunicação perante doentes com sedação ligeira, e com entubação orotraqueal, como gestos, da leitura dos lábios, olhar dirigido, foram práticas essenciais para o desenvolvimento da comunicação com o doente, apesar de todas as condicionantes associadas.

Também durante este ensino clínico pude experienciar a utilização da técnica de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA), no contexto de um doente em ventilação mecânica invasiva, com Esclerose Lateral Amiotrófica, já com comprometimento severo da fala, mas que se encontrava consciente e orientado. O uso desta técnica promove uma comunicação eficaz, no doente incapaz de comunicar verbalmente, tendo por base o uso

de métodos *Low Tech*, como por exemplo o papel e caneta, imagens, quadros e dispositivos eletrônicos como tablets/ipads, e *High Tech* como aplicações de geração de discurso (Pina et al., 2020).

A pessoa em situação crítica, em especial, é alguém que se encontra numa situação de vulnerabilidade extrema, que enfrenta uma patologia grave e potencialmente geradora de morbilidades, e que por isso, a questão do conforto, no contexto da UCI, independentemente da sua tipologia, deve ganhar ainda mais destaque, e ser considerado pelos enfermeiros um dos focos de atenção, como sendo uma necessidade do doente (Faria et al., 2018).

Várias definições de conforto são encontradas na literatura. Pelo ICNP (2019) conforto é descrito “*Status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.*”. Por outro lado, Collière considerava os cuidados de conforto como “*os cuidados que encorajam, que permitem adquirir segurança, que favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição*” (Collière, 2003, p182).

É, ainda, reforçado na literatura, que o conforto pode ter vários significados e definições segundo a vivência da pessoa. Segundo Kolcaba, (2003), o estado de conforto, é mais do que a ausência de desconforto ou alívio do mesmo, mas sim um foco, um objetivo, um resultado, e também uma experiência subjetiva e uma necessidade básica humana. Assim, conforto é um estado julgado como positivo, multidimensional, e que varia de pessoa para pessoa, podendo ser atingido através de intervenções de enfermagem, adaptadas à singularidade de cada um e do contexto em que se encontra (Kolcaba, 2003).

Segundo a Teoria de Kolcaba, as nossas intervenções, devem ter como foco proporcionar os três estados de conforto, alívio, tranquilidade, e transcendência, que são atingidos quando uma determinada necessidade se encontra satisfeita, e que é necessária para o normal funcionamento da pessoa, quando as mesmas não podem ser satisfeitas pelo modo convencional (Kolcaba, K., & Steiner, R., 2000).

Estes três estados anteriormente mencionados podem-se desenvolver em diferentes contextos, sendo estes: físico (sensações corporais, como por exemplo a dor), psico-espirituais (autoimagem, autoestima, autoconceito), sociais (relações interpessoais, família, relação social, comunidade) e ambientais (luz, ruído, temperatura) (Kolcaba, 2003).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos, as necessidades de conforto surgem principalmente do contexto físico e psico-espiritual, e as medidas de conforto mais utilizadas são o alívio e a tranquilidade. Faria, et. al, (2018). as medidas de conforto que promovem os estados de alívio, tranquilidade e transcendência são:

- Alívio: gestão da dor, quer com medidas farmacológicas ou não farmacológicas, posicionamento, exercícios musculares passivos;
- Tranquilidade: gestão do ambiente, comunicação, informação, gestão da sedação, envolvimento familiar, reabilitação, estabelecer uma relação empática;
- Transcendência: ações que previnam o sofrimento, tratamento com dignidade, respeito pelos valores pessoais e crenças.

Sendo que em geral, dentro da equipa multidisciplinar, os enfermeiros são os profissionais que têm o conforto como foco da sua atenção, e que mais demonstram preocupação pelos cuidados de conforto (Faria, et. al., 2018). Kolcaba (2003) defende que a intervenção base da enfermagem é a ação de confortar, e que o estado de conforto sentido pela pessoa, é o resultado da sua intervenção, sendo esta ação tanto um processo como um resultado.

Assim os enfermeiros devem procurar descobrir quais as necessidades concretas da pessoa, que quando satisfeitas, levam ao seu conforto (tendo em conta as diversas dimensões do conforto, e a singularidade do doente), avaliando o seu resultado (se o conforto é atingido ou não) e a integridade das intervenções (avaliar de que forma as intervenções levaram ao estado de conforto). De forma global, o conforto é entendido como a satisfação das necessidades humanas básicas, e que resulta do cuidar de enfermagem.

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

Esta constitui uma das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da pessoa em situação crítica, segundo o Regulamento 429/2018. Assim do

enfermeiro especialista, é esperado que numa situação de emergência, exceção ou catástrofe, cuide da pessoa que se encontra nessa situação, planeando a sua resposta, gerindo os cuidados de forma estratégica bem como os planos de emergência e catástrofe, de forma sistematizada, tendo sempre em conta possíveis indícios de prática de crime, preservando os mesmos, assegurando a eficiência dos cuidados de enfermagem.

Existem diversas definições de catástrofe na literatura, sendo que uma delas a caracteriza como *“uma perturbação séria do funcionamento de uma comunidade ou sociedade, causando perdas humanas, materiais, económicas e ambientais expressivas que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade de fazer frente à situação com os seus próprios recursos”* (United Nations International Strategy for Disaster Reduction – Terminology on Disaster Risk Reduction, 2009, p. 9).

Segundo a OMS e o ICN, 2009, apesar de existirem variadas definições acerca do conceito de catástrofe, todas a caracterizam como algo que envolve a morte de pessoas devido à destruição generalizada do ambiente e da economia, em que as necessidades de cuidados são superiores à capacidade de resposta, relativamente aos recursos humanos e materiais. Descrevem os cenários de catástrofe como situações imprevisíveis, ambíguas, marcadas por adversidades e incertezas, o que se torna um desafio para os enfermeiros, na prestação de cuidados e no agir de forma responsável e eficiente nestas situações.

Também realçam que, os enfermeiros num cenário de catástrofe desempenham um papel fulcral uma vez que se encontram em contacto direto com as vítimas, e devem prestar cuidados segundo as necessidades, e que devido à especificidade deste contexto, na maioria das vezes, bastante complexo e específico, como por exemplo relativamente às condições de segurança, a vítima apresenta necessidades físicas, psicológicas, sociais bem como espirituais (OMS, ICN, 2009).

A aquisição de conhecimento e competências tem por base o enquadramento teórico, o pensamento crítico e a experiência clínica. No entanto, relativamente ao tema da emergência, catástrofe ou exceção é difícil replicar uma situação desta tipologia, e raro vivenciar a mesma em contexto de estágio, no entanto é necessário criar alternativas, de forma a promover a aprendizagem prática, o planeamento dos cuidados de enfermagem, segundo prioridades, a aquisição de competências na área de decisão clínica, e a reflexão

crítica sobre situações de catástrofe, no que concerne às suas dimensões éticas, diagnósticas e terapêuticas (Santos et al., 2021).

Por isso, de forma a adquirir esta competência, foi necessário rever alguns conceitos sobre o tema, já lecionados ao longo do percurso académico deste mestrado. O programa curricular incluiu uma unidade focada neste tema, a preparação e gestão de situações de catástrofe, e nas aulas de prática simulada, foi possível colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos. No Ensino Clínico I, realizado no contexto de um Serviço de Urgência, foi possível conhecer a operacionalização do plano de emergência, catástrofe ou exceção existente na instituição, realizar questões ao enfermeiro tutor sobre situações de emergência e exceção já vivenciadas, e realizar uma análise reflexiva sobre as mesmas, segundo os conhecimentos teóricos adquiridos. Apesar de não ter observado em contexto de estágio nenhuma situação desta tipologia, estas foram as alternativas que encontrei para ultrapassar essa dificuldade, e adquirir competências na área. Em 2014 foi publicado em Diário da República o despacho nº 10319/2014, que reconheceu a obrigatoriedade da implementação de sistemas de triagem segundo a prioridade do doente nos Serviços de Urgência, independentemente do nível do mesmo.

Assim preconizou-se, que deve ser implementado um sistema que priorize e distinga os doentes segundo o seu risco clínico, de modo que existam critérios pré-estabelecidos de tempo desde a entrada do doente no SU até à primeira observação médica. O objetivo é garantir que o doente seja observado pela equipa mais adequada e com a maior brevidade possível segundo a sua situação clínica. Para isto é necessária uma uniformização de procedimentos, para que todos os serviços de Urgência funcionem igualmente (Diário da República, 2014).

Em 2010 o Grupo de Triagem Português e o Ministério da Saúde criaram um protocolo em que foi reconhecida a importância do Sistema de Triagem de Manchester, como uma ferramenta de melhoria de gestão dos cuidados em saúde, pois é um instrumento de apoio à decisão clínica na triagem dos doentes no SU, tendo sido já comprovada internacionalmente, e por isso foi adaptada à realidade portuguesa.

Assim o Sistema de Triagem de Manchester (MTS) permite identificar a prioridade clínica da pessoa, que segundo a mesma aloca-o à área de atendimento mais

apropriada, dotando também o médico que irá fazer a observação clínica do doente, de mais informação que o ajude a decidir a sua intervenção.

Como referido no Despacho n.º 1057/2015, publicado em Diário da República, todos os SU deveriam proceder à implementação do Sistema de Triagem de Manchester.

Após a admissão no SU, o doente passa pela área de triagem, onde é realizada uma avaliação inicial por um enfermeiro, segundo o protocolo de Triagem de Manchester, classificando a sua prioridade de atendimento segundo a gravidade da sua situação clínica. Os níveis de classificação do MTS são os seguintes: prioridade vermelha- doentes emergentes com atendimento imediato; prioridade laranja- doentes muito urgentes com atendimento até 10 minutos; prioridade amarela- doentes urgentes com atendimento até 50 minutos; prioridade verde- doentes pouco urgente atendimento até 120 minutos; prioridade azul- doentes não urgentes- atendimento até 240 minutos (GPT, 2010).

Os enfermeiros alocados à triagem, na maioria das vezes, são profissionais com mais de dois anos de experiência no serviço, e especialistas em enfermagem médico cirúrgica, com formação inicial em Triagem de Manchester (MTS). Como referido pelo Grupo de Triagem Manchester (2010), a formação em MTS por si só não basta, porque triar não se cinge apenas a seguir um fluxograma, pelo que o enfermeiro triador deve apresentar certas competências como intuição, tomada de decisão, conhecimento e experiência, para a correta aplicação do sistema, que podem ser encontradas no enfermeiro especialista em EMC na área da pessoa em situação crítica.

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

Com a evolução tecnológica dos cuidados de saúde prestados, que por um lado certamente levou a ganhos em saúde, por outro, esta evolução, com a criação de dispositivos de monitorização mais precisos, importantes para a vigilância do doente crítico, mas também mais invasivos, ocasiona riscos associados ao aumento das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

A Organização Mundial de Saúde, em 2011, caracterizou as IACS como todas as infeções adquiridas pelo doente durante a sua hospitalização, ou seja, durante a prestação de cuidados de saúde, que não se encontravam aquando do momento de admissão. Assim, esta problemática prejudica diretamente a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde. Num relatório publicado pela Direção Geral de Saúde em 2017, em Portugal as IACS apresentam uma prevalência de 7,8%, sendo que no ano de 2012 representavam 10,5%).

Também as IACS são o fator determinante para o aumento da mortalidade no doente crítico, e acarretam um importante custo monetário para as instituições de saúde. O doente crítico, em todos os contextos, mas principalmente numa UCI, encontra-se mais vulnerável a esta problemática, devido à sua instabilidade clínica, à presença de dispositivos e implementação de técnicas invasivas (Araújo, 2019).

Sabendo que o enfermeiro apresenta um papel preponderante na prevenção das IACS, e que as Unidades de Cuidados Intensivos são as que representam um maior risco de infeção, pelos motivos anteriormente mencionados, aquando do início dos ensinos clínicos realizados nesse contexto, comecei por aprofundar o meu conhecimento acerca dos “*bundles*” existentes e definidas pela Direção Geral de Saúde (prevenção de infeção associada ao Cateter Vesical (CV), Cateter Venoso Central (CVC), do local cirúrgico e Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV), das normas institucionais, e do serviço, nomeadamente das instruções de trabalho em enfermagem acerca do manuseamento do CVC, inserção e manutenção do CV, Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), e prevenção de Infeção Associada ao Local Cirúrgico (ILC).

Dentro das IACS, as infeções mais frequentes são as associadas à corrente sanguínea, provenientes de microrganismos existentes na flora da pele. Estes entram na corrente sanguínea devido a infeções no local de inserção de cateteres, perfusões de soluções contaminadas e conexão dos dispositivos médicos, aquando do manuseamento dos cateteres (Gomes et. al. 2021).

Principalmente nas UCI, o uso de CVC como meio terapêutico, e diagnóstico, é bastante comum, na maioria das vezes com necessidade de uso prolongado, e com isso uma maior necessidade de manuseamento e manutenção dos mesmos, o que aumenta os riscos associados, sendo que o pude verificar ao longo dos ensinos clínicos, e segundo

Gomes et al. (2021), os mesmos representam cerca de 90% das bacteriemias a nível hospitalar.

Num estudo transversal e analítico, com uma amostra de 35 enfermeiros e 170 observações de momentos de manutenção do CVC, numa UCI, foi analisado o Índice de Qualidade de Manutenção (IQM) do CVC, usando uma grelha de observação adaptada pela Direção Geral de Saúde para aferir o IQM. Os participantes foram caracterizados segundo a idade, sexo, nível académico, área de especialização, tipo de horário (turnos, ou fixo), experiência profissional, conhecimento sobre a Prevenção de Infecção relacionada com o CVC (PICVC), formação no tema (tipo de formação, e tempo desde a última formação) e percepção do conhecimento sobre PICVC. As observações tiveram por base as *bundles* publicadas pela Direção Geral de Saúde (2015), e foram acrescentadas outras recomendações que já estão validadas pela evidência científica: administração por via única de hemoderivados, soluções lipídicas e a Nutrição Parental Total (NPT), se os sistemas de perfusão foram substituídos a cada 96 horas de uso, no caso do propofol se todo o sistema foi substituído a cada 6-12 horas de perfusão do fármaco, se os sistemas de perfusão eram substituídos quando se encontravam com sangue, se após permeabilização da via do cateter o local do mesmo apresentava rubor, se as torneiras do CVC se encontravam protegidas por campos estéreis, registos clínicos aquando de queixas do doente no local do CVC e o cumprimento dos momentos de higienização das mãos (Gomes et al., 2021).

Este estudo conseguiu aferir que o Índice de Qualidade de Manutenção do CVC encontrava-se dentro do recomendado, acima dos 80%. No entanto, relativamente aos momentos de higienização das mãos, desinfeção das conexões, a execução do tratamento ao local do CVC com técnica assética, e troca dos sistemas a cada 12 horas com perfusão de Propofol, estes encontravam-se abaixo do preconizado. Também foi possível concluir pela amostra utilizada que a formação académica, ser detentor de especialidade e o género teve influência positiva no IQM do CVC. Sendo assim, este estudo comprovou, mais uma vez, a importância da formação contínua acerca de temas da prática clínica, as habilitações académicas como forma de atualizar o conhecimento que se encontra em constante atualização, para atingir uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem. Os autores finalizam com a sugestão de que esta tipologia de serviços deve ter enfermeiros especialistas, mais especificamente na área da EMC, segundo a legislação atual, e

implementar mais campanhas de sensibilização acerca dos pontos que obtiveram menor adesão (Gomes et. al. 2021).

Este estudo teve uma pequena amostra, apenas 35 enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e 39 anos, tendo sido realizado apenas em um serviço, no entanto, penso que a realização de mais estudos com uma amostra mais alargada, e aplicado a outros serviços seria benéfico.

Relativamente à ILC, numa revisão integrativa da literatura, que teve como objetivo identificar quais os fatores de risco para o aparecimento de Infecção no Local Cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia Cardiotorácica, foram incluídos 24 artigos, em que a população maioritariamente era composta por pessoas com idades compreendidas entre os 51 e 70 anos, que foram submetidas a cirurgia de revascularização do miocárdio eletivamente. Os principais antecedentes que apresentavam, eram fatores de risco cardiovascular, mais especificamente, DM, hipertensão arterial e obesidade, e os principais fatores de risco para o aparecimento da ILC mencionados foram o sexo, idade e internamento prolongado. As principais medidas de prevenção da ILC adotadas foram a antibioterapia profilática no pré-operatório, a tricotomia, a descolonização nasal e a assepsia adequada do local cirúrgico. Nestes as taxas de infeção variaram entre os 2,4% e 38,9% sendo que o principal agente foi o *Staphylococcus aureus*, mais conhecido como MRSA. O que os autores concluíram que é importante ter conhecimento dos fatores de risco que cada doente apresenta para o desenvolvimento de ILC, e assim é possível realizar atempadamente um planeamento de intervenções para diminuir a incidência desta problemática (Fiorin et al., 2022).

Durante todo o meu percurso, consultei as instruções de trabalho em enfermagem e protocolos do serviço implementados acerca desta temática, e tive em atenção as precauções básicas de controlo de infeção, como por exemplo o uso de equipamento de proteção individual adequado ao contacto, e os cinco momentos de higienização das mãos. Na prestação de cuidados diretos aos doentes, compreendi o funcionamento dos circuitos de descontaminação e/ou esterilização de equipamentos e tive em atenção o cumprimento dos mesmos, e colaborei na realização diária da vigilância epidemiológica da presença de dispositivos invasivos, que era da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno, que sempre que possível, era um enfermeiro especialista em EMC.

Relativamente à minha ida ao bloco operatório, durante a realização do ensino clínico III, realizado na UCICT, tive oportunidade de observar uma cirurgia cardíaca dupla, de revascularização do miocárdio e substituição da válvula aórtica, o que foi positivo na medida que me permitiu adquirir conhecimentos sobre o momento intraoperatório e articular os mesmos com os cuidados prestados no período pós cirúrgicos, na UCICT.

Presenciei desde a preparação do doente para a cirurgia, preparação da sala, indução anestésica, bem como todo o procedimento cirúrgico, graças ao cuidado da equipa cirúrgica em explicar-me cada passo da mesma. Para além disto pude assistir e compreender todo o mecanismo de colocação do doente em Circulação Extracorporal (CEC), e qual o papel do enfermeiro nesta técnica.

A CEC tem como objetivo substituir a função do coração, sendo constituída por uma bomba que conduz o sangue por um oxigenador (onde se realizam as trocas gasosas), e o devolve ao doente através de uma cânula arterial. Assim a cirurgia pode ser realizada em segurança pois o coração encontra-se imóvel e sem sangue. Nos últimos 60 anos este procedimento tem evoluído positivamente, contribuindo hoje em dia na redução da morbilidade e mortalidade por cirurgia cardíaca. No entanto, ainda apresenta algumas complicações com um impacto significativo, e nestas destacam-se as complicações neurológicas. O consenso da evidência é que são necessários mais estudos que descrevam quais os mecanismos subjacentes a estas complicações de forma a melhorar o *outcome* final do doente, no entanto atualmente fatores genéticos e a fisiopatologia das lesões são apontados como os principais causadores (Lima & Cuervo, 2019).

Também na minha ida ao bloco, apesar do doente ter sido submetido a cirurgia urgente, devido ao estado clínico em que se encontrava, verifiquei que nenhum dos procedimentos de controlo e prevenção de infeção foram descurados. Foi possível observar as estratégias implementadas pelo serviço no que concerne ao controlo de infeção, a higienização e preparação da sala e o uso de equipamentos de proteção individual.

A ida ao Bloco Operatório resultou numa experiência bastante positiva, na medida em que foi possível observar todos os procedimentos de controlo de infeção, num ambiente diferente, no intraoperatório, que nunca tinha tido um contacto prévio,

realçando a minha perceção de que a prevenção das IACS, mais especificamente neste caso, a prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, começa desde o período pré operatório, e prolonga-se em todo o circuito do doente, para o BO, e pós-operatório, e que as medidas de prevenção têm que ser cumpridas por toda a equipa multidisciplinar, e nunca descuradas em nenhum momento, sendo a infeção, como já mencionado, uma das principais complicações do doente submetido a um procedimento cirúrgico.

3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÀREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Nos capítulos anteriores descrevi o meu percurso de aquisição de competências comuns de especialista em enfermagem médico-cirúrgica, e específicas, da enfermagem à pessoa em situação crítica, e todo este percurso contribuiu para a aquisição de competências de mestre.

Começando por descrever a etimologia da palavra Mestre, a mesma deriva do latim “*magister*”, que significa alguém que exerce uma função ou tem uma posição de referência máxima. Assim o mestre, é aquele que se destaca por conhecimentos numa determinada área (Veschi, 2019).

Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, que descreve o regime jurídico dos graus e diplomas referentes ao ensino superior, nomeadamente dos mestrados, que em conjunto com o Regulamento n.º 140/2019 e o Regulamento n.º 429/2018, afirmam que o grau de mestre em EMC, é atribuído a enfermeiros com conhecimentos técnico-científicos especializados e aprofundados na área, que apresentam uma capacidade superior aos demais de reflexão crítica perante diferentes cenários clínicos, e de tomada de decisão especializada na sua área de intervenção.

Assim o grau de mestre, citando o Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162, é atribuído ao enfermeiro que:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva

e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

De acordo com o exposto, todo o meu percurso académico durante a realização deste mestrado, tanto na componente teórica, as aulas teórico-práticas e de simulação de casos clínicos, e os ensinamentos clínicos, foram fulcrais para a aquisição de conhecimentos, e a aplicação dos mesmos na prática clínica, e para o desenvolvimento de competências, quer pessoais como profissionais.

Gostaria de destacar, que a realização de relatórios de cada ensino clínico que frequentei, foram importantes na medida que me fizeram refletir acerca dos objetivos que defini, as dificuldades durante o meu percurso, e de que forma os mesmos foram atingidos, e que levaram ao desenvolvimento de saberes específicos na área.

A realização de reflexões críticas é uma realidade no ensino de enfermagem, e tem por objetivo, auxiliar o estudante a refletir sobre as experiências vivenciadas no contexto do ensino clínico, integrando assim a teoria com a prática, ajudando no crescimento pessoal e profissional (Macedo, et al., 2013). Também a elaboração de reflexões críticas em cada ensino clínico realizado, tendo por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs,

sobre certas situações vivenciadas em contexto de estágio, foram determinantes para aprimorar o meu julgamento e reflexão crítica sobre as mesmas, e realizar a ponte entre os conhecimentos teóricos lecionadas com a prática clínica.

O método de reflexão proposto por Graham Gibbs em 1988, trata-se de um ciclo de reflexão sistematizado composto por 6 etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento, que realiza questões que deverão ser respondidas em cada etapa, e que levam à reflexão acerca da prática vivenciada (Gibbs, 2013). O uso desta metodologia foi bastante útil, na medida que me permitiu estruturar e ser o mais objetiva possível na minha reflexão de cada situação clínica.

No início de cada ensino clínico, como já referi anteriormente, realizei um momento formal de reunião com o enfermeiro tutor, e enfermeiro chefe do serviço, e um dos temas abordados foram as necessidades de formação de cada serviço, e de que forma eu poderia contribuir, na promoção e no desenvolvimento profissional da equipa, tendo por base a evidência científica mais recente.

No Serviço de Urgência onde realizei estágio, e à semelhança de outros, apenas as Vias Verdes Coronárias, e os doentes triados segundo a Triagem de Manchester, com o fluxograma “Dor Torácica”, têm indicação para realizar ECG de 12 derivações logo após a triagem, antes da observação médica. No entanto, o enfermeiro triador também tem a liberdade, se achar necessário e quando a sua intuição o sugere, de solicitar o mesmo. Nos restantes casos, este exame só é realizado após a observação e avaliação médica, caso o mesmo decida que o doente beneficia deste meio complementar de diagnóstico. Das oito da manhã às 24 horas, no SU, o ECG de 12 derivações é realizado por um Técnico de Cardiopneumologia, que apresenta formação específica para tal, e no restante período, estes exames são realizados pelos enfermeiros que estão no turno.

Assim, devido a esta problemática, e por exercer funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, e sabendo pela minha experiência profissional, a importância de uma identificação precoce do doente com possível EAM com supra ST, como já referido neste relatório, e a realização do ECG de 12 derivações como determinante para esta identificação, foi-me proposto a realização de uma auditoria aos doentes que foram assumidos pela especialidade de Cardiologia, de janeiro de 2022 a junho de 2022, que não foram triados como Via Verde Coronária, e que não vieram

diretamente do pré-hospitalar para a sala de Hemodinâmica, nem de outro hospital, que após avaliação médica foram diagnosticados com EAMSST. A estes doentes compilei informação sobre que fluxograma e discriminador da Triagem de Manchester foi utilizado no momento da triagem, e o tempo médio até à realização do primeiro ECG de 12 derivações, e com isto até ao seu diagnóstico clínico e tratamento definitivo.

Após concretizada a auditoria, realizei uma sessão de formação para todos os enfermeiros do serviço, “*Da Triagem de Manchester ao ECG de 12 derivações*”, em que compilei a informação obtida, partilhando a mesma com a equipa, de forma a sensibilizar para o tema, e tentar melhorar as práticas do serviço, com objetivo de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Já no Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente, identifiquei como necessidade de formação ao grupo de pares, a gestão dos acessos vasculares do doente submetido a Cateterismo Cardíaco. Devido também à minha experiência profissional nesta área, realizei uma sessão presencial, com demonstração prática, sobre o tema. Abordei conceitos básicos sobre Cateterismo Cardíaco e Coronariografia, incluindo anatomia coronária (com recurso a vídeos), complicações destes exames, uma sumária contextualização sobre as possíveis abordagens para realizar o Cateterismo Cardíaco (artéria radial e artéria femoral), anatomia das artérias, vantagens e desvantagens destas abordagens, e dispositivos de encerramento utilizados na instituição, e como manusear os mesmos. No final disponibilizei a informação apresentada a toda a equipa para consulta, e esta constituiu o ponto de partida para a construção de uma Instrução de Trabalho de Enfermagem sobre os Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Cateterismo Cardíaco.

Já no contexto pré-hospitalar, uma das necessidades referidas pela equipa foi a abordagem à criança vítima de trauma torácico. Este tema para mim foi bastante desafiante, devido à baixa casuística, principalmente na população pediátrica. Esta formação foi realizada via zoom, com recurso a uma apresentação de *PowerPoint*, e foi disponibilizada a todos os profissionais do INEM. Teve como objetivos, desenvolver o conhecimento sobre a cinemática do trauma, aprofundar conhecimentos na abordagem à vítima pediátrica, especificamente com trauma torácico no contexto extra-hospitalar, apresentando outras abordagens e protocolos instituídos noutro país, neste caso, os

Estados Unidos da América, realizando uma comparação com a nossa realidade e uma reflexão crítica sobre as nossas práticas e de que forma podemos melhorar as mesmas, apesar da baixa incidência deste trauma e por isso, a existência de pouca evidência científica disponível. De destacar, que na apresentação, abordamos também a gestão da dor na criança e de que forma esta pode interferir com a segurança da vítima, apresentando medidas não farmacológicas e farmacológicas utilizadas atualmente no nosso país, realizando uma comparação com a prática do estado de Nova Iorque, para a sua gestão. Para finalizar, realizamos uma pequena reflexão sobre qual o papel do EEEMC do ramo à pessoa em situação crítica, no contexto do ambiente pré-hospitalar, e de que forma o mesmo pode colmatar a necessidade de mais evidência científica sobre o tema, sugerindo a criação de laboratórios avançados de pesquisa pré-hospitalar baseados em simulação clínica, para formar e treinar os profissionais.

Também em todos os locais de estágio, os enfermeiros orientadores tinham funções de gestão do serviço. No SU tive oportunidade de vivenciar a função do Enfermeiro Coordenador, que tem um papel de liderança e de supervisão na gestão dos cuidados, bem como de gestão de vagas, macas, transferências para outros serviços e de transferências inter-hospitalares.

Já na UCIP, o enfermeiro orientador, foi na maioria dos meus turnos, enfermeiro responsável do turno, o que também me permitiu presenciar as funções de gestão do turno, num contexto diferente.

Posso concluir, que todas as experiências relatadas neste documento foram determinantes para a minha formação académica superior, e autodesenvolvimento pessoal e profissional. Tornaram-se momentos únicos de aquisição de conhecimentos na área da especialização, de treino de uma prática fundamentada, segundo as evidências científicas, e de consciência crítica para com os problemas atuais da prática profissional com que me deparei ao longo deste percurso, e de resolução dos mesmos, e também, e não menos importante foi gratificante saber que em cada local de estágio que passei, tentei promover a formação em serviço na área do doente crítico, e com isso contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos de conclusão, a abordagem à pessoa em situação crítica, mais especificamente ao doente de foro coronário, é bastante específica, multifatorial e necessita de uma mobilização de diferentes áreas do saber, e de competências específicas aquando da prestação de cuidados ao mesmo, e daí a importância do cuidar do enfermeiro especialista em EMC.

Também gostaria de destacar a importância da realização deste Relatório Final e a sua pertinência para a consolidação dos conhecimentos e competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro EMC, ramo da pessoa em situação crítica, bem como de Mestre, adquiridos ao longo de todo este percurso académico, através da análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, segundo a evidência científica mais recente.

As doenças do foro cardiovascular, em especial as doenças coronárias, têm um importante impacto na saúde em geral, atingindo diferentes faixas etárias, com aumento do risco de morbilidade do doente, e por isso, para além da importância da educação em saúde sobre estas doenças, e os seus fatores de risco, também é preciso um conhecimento, e uma ação rápida e especializada, perante o doente com dor torácica por Síndrome Coronária Aguda.

O meu percurso ao longo deste Mestrado, incluindo as aulas teóricas e prática clínica através dos estágios, permitiu-me desenvolver competências relativas à área da especialização e de Mestre, bem como o pensamento crítico e a tomada de decisão perante situações não experienciadas previamente, mas que já apresentava conhecimentos, que foram adquiridos ao longo das unidades curriculares. de carácter teórico.

Relativamente às dificuldades sentidas, principalmente em atingir os objetivos previamente delineados em cada ensino clínico, no Serviço de Urgência foram a elevada rotatividade, a grande afluência de doentes, o fator tempo e o pouco contacto que tive com patologias do foro coronário, mais especificamente no cuidar ao doente com dor torácica por SCA. Considero, ainda, que foi um estágio relativamente curto, o que me

levou a ter o dobro do esforço, e a recorrer a estratégias para atingir tudo o que tinha previamente preconizado.

Na UCIP, também não tive contacto com nenhum doente com SCA, no entanto considero que foi positivo na medida que consegui atingir outros objetivos, igualmente importantes, devido à minha falta de experiência na área e de ser um ambiente e uma tipologia de doentes novos para mim.

No pré-hospitalar, a dificuldade manteve-se a mesma. Apesar de ter ativações para possíveis dores torácicas, e após cumprimento do protocolo de abordagem ao doente de dor torácica, não presenciei nenhuma que de facto fosse de origem coronária.

No entanto, a partilha de conhecimentos e vivências por parte dos enfermeiros tutores, a discussão de casos clínicos segundo a evidência mais recente, e como seria a abordagem, ajudou-me a superar estas dificuldades, e a atingir os meus objetivos, e em suma, adquirir e desenvolver competências no âmbito da Especialidade e do Mestrado.

Considero que atingi os objetivos delineados para a construção deste relatório, adquirindo competências na prestação de cuidados ao doente crítico com falência multiorgânica, em todas as suas dimensões e de uma forma global.

Com isto, termino este percurso consciente da responsabilidade que assumo nas instituições de saúde como profissional de enfermagem, e como futura especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e que a aposta na formação, e a aquisição e desenvolvimento de competências, são essenciais para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Dando por concluída esta etapa com o sentimento de dever cumprido, na medida que reconheço que o meu conhecimento foi alargado e desenvolvido, e que me encontro preparada para prestar cuidados como enfermeira especialista EMC à pessoa em situação crítica, independentemente do seu contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos. Lisboa, Portugal:

American Heart Association (2020). Destaques das Diretrizes de Rcp e Ace de 2020 Da American Heart Association. https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf

American Heart Association, American College of Cardiology (2013). 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.cir.0000437741.48606.98>

Amorim, T. Biliu, K. Nunes, G. Lucchese, R. Vera, I. Silva, G. Silva, Andrécia. Sverzut, C. (2019). Determinantes Sociodemográficos, Cardiovasculares e Padrão do Sono Associados ao Tabagismo. *JNUOL*. 13. (1). pp. 40-50. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a238432p40-50-2019>

Araújo, A. (2019). *Cuidados Intensivos Controlo da Infecção Hospitalar* (1ª edição). Lidel.

Barbosa AC, Silva AS, Cordeiro AA, Ribeiro BN, Pedra FR, Borges IN, et al. (2010). Diagnóstico diferencial da dor torácica: ênfase em causas não coronarianas. *Rev Med Minas Gerais*, 20(2),4-9. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1046>

Beccaria, L., Cesarino, C., Werneck, A., Codonho, N., Correio, G., Correio, K., Correio, M. (2015). Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de ensino. *Arq. Ciênc. Saúde* 22 (3), 37-41. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382010000200007.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bernardino, A. (2020). Carga de trabalho de enfermagem. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 123-133). Lidel.

Cannon, C.P., Battler, A., Brindis, R.G., Cox, J.L., Ellis, S.G., Every, N.R. et al. (2011). Key data elements and definitions for measuring the clinical management and

outcomes of patients with acute coronary syndromes. American College of Cardiology Task Force on Clinical Data Standards (Acute Coronary Syndromes Writing Committee) *J Am Coll Cardiol.* (38). 2114-2130. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11738323/>

Caselhas, S. (2020) *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande.* [Master's thesis Universidade de Évora]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33567>

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (2023). Centro Hospitalar Tâmega e Sousa. <https://www.chts.min-saude.pt/>

Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. *Revista Nursing*,(64(1), 3-12.

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - relatório CRRNEU. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Costa, N. (2020). Avaliação da dor: terapias não farmacológicas para alívio da dor. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 93-106). Lidel.

Cunha, A. (2011). *Revisão da Literatura.* Universidade Técnica de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3837/8/5.2.%20REVIS%C3%83O%20DA%20LITERATURA.pdf>

David G. Greenhalgh, M.D. (2019). Management of Burn. *The new england journal of medicine.* Massachusetts Medical Society.

Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Diário da República I série. 157 (16-08-2018) <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Decreto-Lei n.º 71/2019 do Ministério da Saúde (2019). Diário da República, I série. 101 (27-05-2019) <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

Del Prette, Z. Del Prette, A. (2006) Habilidades sociais: Conceitos e campo teórico-prático. Texto online, disponibilizado em <http://www.rihs.ufscar.br>, em dezembro de 2006.

Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2014). Diário da República, 2.ª série nº153 (11 de agosto de 2014). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República II Série. nº 153 (11-08-2014) <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Despacho n.º 1057/2015. do Ministério da Saúde (2015). Diário da República II Série. nº 22 (2-02-2015) <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Legislac%CC%A7a%CC%83o-Despacho-1057-2015-Obrigatoriedade-Triagem-Manchester-Rede-SU.pdf>

Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2018). Diário da República II Série. nº 198 (15-10-2018) <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>

Direção Geral da Saúde (2015). *Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção Geral de Saúde. (2012). *Norma 022/2012 Abordagem hospitalar das queimaduras.* Departamento da Qualidade na Saúde. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/22_2012_Abordagem_hospitalar_das_queimaduras.pdf

Direção Geral de Saúde. (2017). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* Departamento da Qualidade na Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção Geral de Saúde. (2022). *Norma 012/2022 Via Verde Trauma no Adulto* Departamento da Qualidade na Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

ESC (2021). Prevenção da DCV- Recomendações para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica. ESC. https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/2023/03/Pockets-Prevencao-DCV-Versao-definitiva-3_compressed.pdf

ESC. (2017). *Recomendações de 2017 da ESC para o tratamento do enfarte agudo do miocárdio em doentes com elevação do segmento-ST*. ESC. www.escardio.org/guidelines

ESC. (2018). *Recomendações de 2018 da ESC/EACTS sobre a Revascularização do Miocárdio*. ESC. www.escardio.org/guidelines

ESC. (2023). *Guidelines for the management of acute coronary syndromes*. ESC. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-Guidelines>

Faria, J. Sousa, P. Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermería Global*. 50 (abril 2018). https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf

Fiorin BH, Costa B, Rezende LDA, Aranha AL, Barbieri BM, Sipolatti WGR, et al. (2022). Surgical site infection in adult patients after heart procedures: an integrative review. *Rev Rene*. 23 (1). DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2022238087>

Freitas, G. Oguisso, T.Fernandes, M. (2010) Fundamentos Éticos e Morais na Prática de Enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 1(3). pp. 104-108. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/37/37>

Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse. A Journal For The Australian Nursing Profession*. 34(2), pp. 140-8

Gibbs, G (2013). *Learning By Doing*. 1ª Edição. Oxford Brookes University: Creative Commons.

Gil, V. (2023). *Risco Cardiovascular*. (1ª Edição). Lidel.

Gomes, S. Martins, M. Alves, M. (2021) Quality index in central venous catheters maintenance in an intensive care unit. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8). <https://doi.org/10.12707/RV20181>

Grasner, J., [et. al.], (2021). Epidemiology of cardiac arrest in Europe. Resuscitation. *European Resuscitation Council Guidelines*: p. 1-19.

Grilo, A. (2012). Relevância da Assertividade na Comunicação Profissional de Saúde-Paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 13 (2). pp. 283-297. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/5046/1/Relev%20a%20ncia%20da%20assertividade%20na%20comunica%20a%20profissional%20de%20sa%20e-paciente.pdf>

Grupo Português De Triagem (2010). - *Triagem no serviço de urgência - manual do formando*. (2ª edição). Amadora: Grupo Português de Triagem. ISBN 9789899665200.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). *Protocolo SIV- Dor Torácica*. (Versão 3.0). INEM

Instituto Nacional de Emergência Médica (2017). *Relatório Anual Integração VMER/SIV*. INEM. INEM

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

Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). *Instituto Nacional de Emergência Médica*. <https://www.inem.pt/2020/07/01/inem-reforca-protecao-das-equipas-dos-helicopteros-de-emergencia-medica/>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2023). *Manual Suporte Imediato de Vida*. (1ª Edição). Departamento de Formação em Emergência Médica

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2009). *Ambulâncias SIV*. INEM

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2012). *Manual TAS/TAT- Abordagem à Vítima*. (Versão 2.0. 1ª Edição). INEM

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2021). *Relatório de Atividade dos meios de emergência médica, atualização 2021*. INEM

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Relatório de Auto-Avaliação. Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão*. INEM

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2015). *CODU-Mar do INEM coordenou assistência médica a 92 emergências a bordo de embarcações*. Acedido a 22/07/16. Disponível em: http://www.inem.pt/files/2/documentos/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28809¬iciaId=55917&pastaNoticiasReqId=41587

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2016). *Relatório Anual do CODU 2015*. INEM

International Council of Nurses (2019). *ICNP BROWSER*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. (S. P. Company, Ed.). New York.

Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18, 46–62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>

Lavonas, [et. al.] (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da *American Heart Association* - Edição em português por H.P. Guimarães, MD, PhD, FAHA. p. 1-32.

Lima, G. Cuervo, M. (2019). Mecanismos da Circulação Extracorpórea e Eventos Neurológicos em Cirurgia Cardíaca. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. 28(1). 35-42 <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/15832>

Lucas, T (2017). *Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa Vítima de trauma: da embarcação à unidade hospitalar*. [Master's thesis. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21144>

Marques, A. (2021). *Equipa De Emergência Médica Intra Hospitalar- Um Projeto De Criação E Implementação*. [Master's thesis Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2591/1/Adriana_Marques.pdf

Merini F, Felipe AS, Silva R, Fattah T, Moreira D. (2021). Associação entre o tempo porta-balão e fatores clínicos com turnos hospitalares. *J Transcat Intervent*. 2021;29: <https://doi.org/10.31160/JOTCI202129A20200016>

Miranda, H, et al. (2020). What is the real impact of on-site percutaneous coronary intervention? A propensity score analysis of patients admitted with acute coronary syndrome. DOI: 10.1016/j.repc.2020.06.019

Moser D.K., Kimble L.P., Alberts M.J. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council. *Circulation*. 2016; 114:168–182.

O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, et al; American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. (2013) *ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation*. 127(4) pp. 362-425. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182742cf6>. Erratum in: *Circulation*. 2013;128(25): e481

O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, et al. (2013). ACCF/AHA. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation. myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice *Guidelines. J Am Coll Cardiol*.;61(4):e78-140.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109712055623>

Oguisso, T. Zoboli, E. (2006) *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Editora Manole. pp. 45-60. ISBN 85-204- 2339-6.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Ordem dos Médicos. <https://ordemdosmedicos.pt/normas-de-boa-pratica-em-trauma/>

Pacheco, M. (2011). *Desenvolvimento Da Competência Ética Dos Estudantes De Enfermagem Uma Teoria Explicativa*. [Master's Thesis Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/7947>

Pais, T. M., Veiga-Branco, M. A., & Magalhães, C. P. (2023). Patients' perceived satisfaction with nursing care in a medical-surgical emergency unit. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22037. <https://doi.org/10.12707/RVI22037>

Paiva, I. Amaral, A. Moreira, I. (2021). Cuidados de enfermagem omissos num contexto hospitalar português: percepção dos enfermeiros sobre estratégias minimizadoras. *Revista de Enfermagem Referência*. 5 (7). DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20146>

Paiva, J. A. Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J.; Nóbrega, J. J.; Coutinho, J. V. P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-MedicinaIntensiva.pdf>

Patel, A., Mohanan, P.P., Prabhakaran, D., & D. Huffman, M.D. (2017). Pre-hospital acute coronary syndrome care in Kerala, India: A qualitative analysis. *Indian Heart Journal*, (69)1, 93-100.

Peixoto, N. Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista Enfermagem de Referência*. Série IV - n.º 11 - out./nov./dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1en ed.). Lusociência

Pina, S. Canellas M, Prazeres R, Lopes J, Marcelino T, Reis D, et al. (2020) Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review. *Rev Bras Enferm*, 73(5). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>

Portaria n.º 290/2012 do Ministério da Saúde (2012). Diário da República nº Série I. 185 (24-09-2018) https://www.ers.pt/uploads/document/file/425/Portaria_n._290_12_24_de_Set._Estab_elece_os_requisitos_m_nimos..._para_o_exerc_cio_da_atividade_das_UP_que_tenh

am_por_objeto_a_presta_o_de_servi_os_de_sa_de_e_que_disponham_de_internament
o_.pdf

Rabim, F. (2017). *Perspetiva Especializada em Enfermagem na Abordagem ao Doente Crítico: Da Urgência Aos Cuidados Intensivos Cardiorácica*. [Master's thesis. Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny] https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20989/1/Relat%c3%b3rio%20Final_%20Fatima%20Rabim.pdf

Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - relatório CRRNEU. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Regulamento 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros (2011). Diário de República II Série. n° 26 (18-02-2011) https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Regulamento n.º 124/2011 do Ministério da Saúde (2011). Diário de República II Série. 35 (18-02-2011) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/124-2011-145186>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República II Série. 26 (06-02-2019) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 226/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República II Série. 74 (16-04-2018) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>

Regulamento n.º 392/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário de República II Série. 123 (28-06-2018) <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8096/1799317999.pdf> Regulamento n.º 429/2018. Diário da República II Série. 123 (16-07-2018) 17240-17243.

Regulamento n.º 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros (2014). Diário de República II Série. 233 (2-12-2014) https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário de República II Série. 184 (25-09-2019)
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ribeiro, O. Martins, M. Sousa, P. Trindade, L. Forte, L. Silva, S. (2020). Quality of nursing care: contributions from expert nurses in medical-surgical nursing. *Rev Rene*. 21: e43167 DOI: 10.15253/2175-6783.20202143167

Ribeiro, P. (2020). *Assistência à Pessoa com Síndrome Coronário Agudo no PréHospitalar*. [Master's thesis. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119868>

Roh, HyeRin. Park, Kyung. (2016). A Scoping Review: Communication Between Emergency Physicians and Patients in the Emergency Department. *The journal of Emergency Medicine*. Vol. 50. Issue 5. Pag. 734-743

Santos, P. A., Rabiais, I. C., Berenguer, S. M., & Amendoeira, J. J. (2021). Competências dos estudantes de enfermagem em cenários de catástrofes: das necessidades educacionais à regulamentação curricular. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), pp. 20131. <https://doi.org/10.12707/RV20131>

Segalla, AVZ. Santos, BP. Reis, D. Meneguim, S. (2023) Determining factors of service priority in the risk classification of patients with chest pain. *Rev Gaúcha Enferm* 44:e20220100. <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/136246/90137>

Skinner, B.F. (2006). *Sobre o behaviorismo*. (10. Edição) São Paulo: Cultrix.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia, (2018). Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas. <https://registos.spc.pt/RegistoSCA/Public/Login.aspx?ReturnUrl=%2fRegistoSCA#>

Sousa, A. (2019). *Cuidado De Enfermagem Especializado À Pessoa Em Situação Crítica: Do Contexto Do Serviço De Urgência Ao Do Bloco Operatório*. [Master's thesis. Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny] https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37935/1/Relatorio_%20Ang%C3%A9lica%20de%20Sousa.pdf

Sousa, M. Figueiredo, A. (2021). Os registos de enfermagem nas revistas portuguesas (1958-1998): Um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem Referência* 5(8), e20173. <https://doi.org/10.12707/RV20173>

The Joint Commition. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf>

Timóteo, A.T., & Mimoso, J. (2018). Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas: 15 anos de um registo prospetivo contínuo. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 37 (7) 563-573.

United Nations International Strategy for Disaster Reduction (2009). *UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction*. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ge/GE_isdr_terminology_2009_eng.pdf

Veschi, B. (2019). Em:<https://etimologia.com.br/mestre/>

World Health Organization, International Council of Nurses. (2009). ICN framework of disaster nursing competencies. https://www.cives-toscana.it/wp-content/uploads/2017/12/disaster_nursing_competencies_liteicn-min.pdf

