

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Intervenção Especializada do Enfermeiro na
Continuidade dos Cuidados à Pessoa em Situação
Crítica com Síndrome Coronária Aguda

Cláudia Isabel Neves Pacheco da Silva

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Intervenção Especializada do Enfermeiro na
Continuidade dos Cuidados à Pessoa em Situação
Crítica com Síndrome Coronária Aguda

Cláudia Isabel Neves Pacheco da Silva

Orientador: Professora Maria Teresa Leal

Co-Orientador: Professora Florinda Galinha de Sá

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação,
fruto do que é
e do que o contexto vivencial lhe permite que seja,
fruto do que quer ser
e do pode ser”
(Alarcão, 1997)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os que me acompanharam neste percurso, contribuindo de forma direta ou indireta para o sucesso desta etapa da minha vida, pois este não é um resultado individual, mas antes colectivo!

Agradeço de forma especial:

À Professora Maria Teresa Leal e Professora Florinda Galinha pela orientação: aprendi imenso, tendo acrescentado muita qualidade aos resultados que obtive. São aprendizagens que levo para o futuro!

À Professora Cândida Durão pela aprendizagem e pela teoria *Nursing as Caring*. A melhor forma de caraterizar a Enfermagem!

À Professora Dulce Cabete pela nova perspectiva da Enfermagem Avançada, transformando algo que parecia complicado, mas na verdade era apenas complexo! Obrigado pelos ensinamentos de reflexão crítica.

À Professora Luísa D'Espiney pelo ensinamento que levo comigo: Todas as experiências são fontes de aprendizagem, quem diz que não aprendeu é porque não se dispôs a aprender!

Ao Enfermeiro Tiago Amaral pela tutoria e envolvimento no meu percurso de desenvolvimento de competências. Pelo rigor e referência de como estar na Enfermagem!

Ao Enfermeiro Luciano Alves pela aprendizagem, pela prestação de cuidados baseada no rigor científico.

Ao Enfermeiro Christer Axelsson, Enfermeiro Carl Magnusson, Enfermeira Maria Jimenez pelo acolhimento “caloroso” na Suécia! Em particular por partilhar o seu conhecimento e uma nova visão da Enfermagem, que cria oportunidades para o desenvolvimento de novos projetos.

Ao Enfermeiro Björn-Ove Suserud pela oportunidade de o conhecer pessoalmente e partilhar a sua experiência comigo. Obrigado pela simplicidade.

Ao Médico Johan Herlitz pela receção, pela consideração e por acreditar. À Eva Medin pela ajuda, pela boa disposição e humor.

Um obrigado a todos os profissionais que fizeram da minha estadia em Gotemburgo uma experiência que levo para o futuro, e para a vida.

A Enfermeira Catarina Silva e Enfermeira Rita Silva pelo apoio e disponibilidade para ler os meus trabalhos! A todos os colegas do SUB e SIV pela compreensão.

À Sónia Fontinhas pela amizade, humildade e qualidade que acrescentou em tudo em que participou.

Ao Abílio Bila pela orientação e apoio.

Ao André Reis, à Joana Ferreira, ao Nelson Santos, à Susana Faria e ao José Vilhena pelo apoio, amizade e boa disposição. A todo o grupo do 5º Mestrado na Pessoa em Situação Crítica: um grupo muito bom que tornou todo o percurso mais gratificante.

À D. Silvina, à minha sogra e ao meu cunhado pelo apoio, sem eles não teria sido possível.

Aos meus pais, e à minha irmã pelo amor, incentivo, bem como suporte mental, logístico e financeiro, que tornaram possível concluir esta etapa da minha vida. Um grande obrigado!

Ao Filipe, o meu companheiro, pelo amor, pelo incentivo em continuar e pela força para continuar nos momentos difíceis, e nas minhas ausências. Um muito obrigado!

À Inês e a Beatriz, as minhas lindas filhas, por me iluminarem todos os dias!

LISTA DE SIGLAS

ACLS – *Advanced cardiac life support*

ACS - *Acute coronary syndrome*

AMI - *Acute myocardial infarction*

CC – Continuidade de cuidados

CODU - Centro de orientação de doentes urgentes

EAM – Enfarte agudo do miocárdio

EAMcSST – Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST

EAMsSST – Enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST

ECG - Eletrocardiograma

ICP – Intervenção coronária percutânea

ICPP - Intervenção coronária percutânea primária

PAV - Pneumonia associada à ventilação

PCR - Paragem cardio-respiratória

PH – Pré-hospitalar

PSC – Pessoa em situação crítica

RIL – Revisão integrativa da literatura

RCE – Recuperação da circulação espontânea

SAV – Suporte avançado de vida

SAVC - Suporte avançado de vida cardiovascular

SCA – Síndrome coronária aguda

SIV – Suporte imediato de vida

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de urgência básico

SUP – Serviço de urgência polivalente

UCIC – Unidade de cuidados intensivos coronários

UH – Unidade de hemodinâmica

VMER – Viatura médica de emergência e reanimação

VMI – Ventilação mecânica invasiva

VVC – Via verde coronária

RESUMO

A Síndrome coronária aguda (SCA), em particular o enfarte agudo do miocárdio (EAM), constitui uma emergência cardiovascular com risco iminente de vida. A pessoa em situação crítica (PSC) com SCA (e EAM) necessita de cuidados de enfermagem especializados, que permitam a implementação do tratamento adequado em tempo útil, contribuindo assim para a continuidade dos cuidados (CC), quer na dimensão da gestão de cuidados, quer na dimensão informativa e interpessoal do conceito. Apesar de ser uma situação urgente, tal não inviabiliza o estabelecimento de uma relação interpessoal, pois esta não se relaciona com a quantidade de tempo de contacto, mas antes com o envolvimento e o cuidar que cresce na relação. A transmissão do saber acumulado da PSC entre os profissionais de saúde de diferentes unidades, permite estabelecer um sentido entre os cuidados de enfermagem do passado e do presente. Foi seleccionado o quadro teórico *Nursing as Caring* por descrever o cuidado de Enfermagem como autêntico e intencional, que cresce momento a momento, relacionando-se com a CC na PSC com SCA (e com EAM) pela noção de prolongamento no tempo.

O presente relatório visa descrever o percurso realizado durante um estágio em contexto profissional, que teve como objetivo o desenvolvimento de competências de Mestre na área da PSC, tendo como referencial profissional as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista nesta área. O referido estágio teve como foco a intervenção especializada do enfermeiro na CC à PSC com SCA (EAM), tendo decorrido em Portugal e na Suécia, nos seguintes contextos: emergência pré-hospitalar, serviço de urgência polivalente (SUP), unidade de cuidados intensivos coronários (UCIC) e unidade de hemodinâmica (UH).

Neste percurso destaco o desenvolvimento de competências no cuidado à PSC com SCA (EAM), nomeadamente, na continuidade dos cuidados, na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, e a capacidade de reflexão crítica e tomada de decisão.

Palavras-chave: continuidade de cuidados; intervenção especializada de Enfermagem; pessoa em situação crítica; síndrome coronária aguda.

ABSTRACT

The acute coronary syndrome (ACS), particularly the acute myocardial infarction (AMI), represents a cardiovascular emergency with imminent risk of life. The patient in critical condition with ACS (and AMI) needs skilled nursing care, enabling the implementation of the appropriate treatment in time, contributing to the continuity of care, either in the care management, or informative and interpersonal dimension of the concept. Despite being an emergency, this does not impair the settlement of an interpersonal relationship, as it isn't related to the amount of time nurses spend with the patient, but rather with the involvement and care which grows in the relationship. The transmission of the patient's accumulated knowledge between health care professionals of different units, allows the establishment of a sense between the care provided in the past and the one provided in the present. The Nursing as Caring theory was chosen because it describes the nursing care as authentic and intentional, growing moment by moment, relating to the continuity of care by extending the notion of time.

This report aims to describe the path taken during an internship, to develop master nursing skills related to critically ill patients, having also as reference the professional skills defined for the specialized nurse in this field by the Portuguese Nurses Association. The internship had as focus the specialized nursing intervention in the continuity of care to the critically ill patient with ACS (AMI), and was held in Portugal and Sweden, in the following contexts: emergency prehospital care, emergency room, intensive coronary care unit and cath lab Unit.

In this journey, I highlight the development of skills in the care of critically ill patients with ACS (AMI), namely in assuring continuity of care, maximizing the intervention preventing and controlling infection, and developing critical thinking and decision making abilities.

Keywords: continuity of care; specialized nursing intervention; critically ill patient; acute coronary syndrome.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. A Enfermagem e o cuidar da pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio	23
1.2. A continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio	29
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM	35
2.1. Centro hospitalar da rede de referência de doenças cardiovasculares em Portugal	36
2.1.1. Serviço de urgência polivalente.....	36
2.1.2. Viatura médica de emergência e reanimação	48
2.1.3. Unidade de cuidados intensivos coronários	51
2.1.4. Unidade de hemodinâmica.....	59
2.2. Serviço de emergência médica na Suécia	62
2.2.1. Meio pré-hospitalar.....	65
2.2.2. Unidade de cuidados intensivos coronários	69
2.2.3. Unidade de hemodinâmica.....	70
2.2.4. Universidade de Borås: Departamento de investigação pré-hospitalar e conferência internacional PreHospem 2016	70
3. CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

ANEXOS

ANEXO 1. Curso de suporte avançado de vida (ACLS)

ANEXO 2. Curso avançado em gestão pré-hospitalar e intra-hospitalar precoce do EAM com supradesnivelamento do segmento ST

ANEXO 3. *Workshop* de gasimetria arterial

ANEXO 4. Certificado do 3ª Encontro de Enfermagem de Emergência

ANEXO 5. Certificado de presença e póster - Jornadas do Doente Crítico

ANEXO 6. Conferência PreHospem 2016

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Plano de sessão de formação em serviço no SUP

APÊNDICE 2. Avaliação das sessões de formação

APÊNDICE 3. Resumo do Póster - 10º Jornadas do Doente Crítico

APÊNDICE 4. Organização dos meios de emergência - Gotemburgo

APÊNDICE 5. Entrevista com Enfermeiro Björn Ove-Suserud

**APÊNDICE 6. Estudos do Departamento de investigação pré-hospitalar -
Universidade de Borås**

APÊNDICE 7. Conferência PreHospem 2016

APÊNDICE 8. Resumo do Póster - Conferência PreHospem 2016

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Resumo de alterações eletrocardiográficas e zonas afetadas do miocárdio	57
------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio tem como objetivo descrever, analisar e refletir acerca do percurso realizado no 3º semestre do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica no âmbito da unidade curricular “Estágio com Relatório”, que contribuiu para o desenvolvimento das competências de Mestre, concretizadas nos Descritores de Dublin. Assim, o desenvolvimento de competências ao nível do conhecimento, capacidade de compreensão e sua aplicação, da tomada de decisão, comunicação e competências de auto-aprendizagem constituíram-se como metas ao longo deste percurso académico, contribuindo também para o desenvolvimento de competências de Mestre na área da PSC, tendo como referencial profissional as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista nesta área.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros um

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento Nº122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011, p.8648).

Estas competências são definidas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados, e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento Nº122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). No que se refere à área específica da PSC, as competências especializadas de enfermagem implicam “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011, p.8656). Na prática em contexto de urgência deparei-me com situações de tomada de decisão, que apesar de promoverem a autonomia profissional, também me colocam dilemas éticos que exigem uma atuação fundamentada. O desenvolvimento de competências na área da PSC promoverá julgamento crítico e a prática fundamentada com base na evidência, tendo constituído a principal motivação para a frequência deste Mestrado.

Exerço funções de enfermeira generalista há 14 anos num serviço de urgência básica (SUB) de um meio rural, que integra uma ambulância de suporte imediato de vida (SIV) onde também presto cuidados de enfermagem há 5 anos. A prestação de cuidados de urgência/emergência nestes contextos confere-me experiência profissional no cuidado à pessoa em situação crítica a nível pré e intra-hospitalar. O meio rural referido apresenta características geodemográficas particulares que influenciam a saúde da população e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem. Odemira é o maior concelho de Portugal, com grande extensão geográfica (1720, 25 Km²), composto por 13 freguesias, apresentando uma baixa densidade populacional de 15,1 hab/km². Os 26036 habitantes fixam-se maioritariamente na zona litoral, deixando a zona interior muito desertificada (INE, 2011). O acesso à saúde é condicionado pela grande extensão do concelho, na medida em que as distâncias aos hospitais são elevadas (o hospital médico-vicrúrgico mais próximo fica a 78km, e o polivalente a 120 km), sendo que a precaridade das redes viárias agrava ainda mais essa distância em tempo. As distâncias aos hospitais colocam desafios aos enfermeiros, condicionando a tomada de decisão clínica e a gestão dos cuidados de enfermagem, particularmente em situações cujo prognóstico é tempo-dependente. Deste modo, a PSC que apresenta uma SCA, e particularmente com EAM, necessita de cuidados de Enfermagem urgentes que são influenciados pelo tempo, sendo que este facto constituiu um elemento impulsionador para aprofundar esta temática. Deste modo, o percurso do estágio foi delineado com a finalidade do desenvolvimento de competências nesta área, enquanto contributo para a melhoria do cuidado de enfermagem no meu contexto profissional.

Assim, o tema escolhido para foco de atenção durante o percurso de desenvolvimento de competências, que se iniciou no 2º semestre com visitas aos possíveis locais de estágio e a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), foi a **“Intervenção especializada do enfermeiro na continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com síndrome coronária aguda”**, sendo esta uma das situações críticas que mais motiva a recorrência aos serviços de urgência. Ao longo do percurso o meu foco de atenção convergiu para a situação da pessoa com um tipo específico de SCA: o EAM.

O objetivo geral definido para o estágio no 3º semestre foi: desenvolver competências especializadas na promoção da continuidade de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com SCA. Os objetivos específicos delineados para o atingir foram:

1. Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM;
2. Prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, nomeadamente em situações de instabilidade hemodinâmica;
3. Conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, no meio intra-hospitalar desde a entrada no serviço de urgência central e/ou sala de hemodinâmica até à unidade de cuidados intensivos coronário;
4. Conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, num meio pré-hospitalar reconhecido internacionalmente como referência na área.

Tendo em conta os objetivos delineados, o estágio decorreu em três contextos profissionais:

- a) de 5 de outubro a 30 de novembro de 2015 num SUP e respetiva viatura médica de emergência e reanimação (VMER);
- b) de 1 de novembro de 2015 a 30 de janeiro de 2016 numa UCIC e respetiva UH;
- c) de 29 de fevereiro a 11 de março no serviço de emergência médica na Suécia, numa UCIC e uma UH na cidade de Gotemburgo, Suécia.

Ao longo do percurso foi essencial a mobilização de um referencial teórico de Enfermagem, sendo que tive por base a teoria *Nursing as Caring*, que relacionei com o modelo de desenvolvimento de competências de Patricia Benner, e o conceito de continuidade de cuidados (Benner, 2001; Boykin & Schoenhofer, 2001; CARNA, 2008). A articulação das duas teorias de enfermagem é pertinente na medida em que o desenvolvimento das competências da enfermeira (de iniciado a perito) ocorre no decorrer da relação interpessoal que se desenvolve e cresce no cuidar. Também o desenvolvimento profissional da enfermeira cresce no cuidar, momento a momento, numa relação harmoniosa que ocorre em virtude da nossa humanidade (Benner, 2001; Boykin & Schoenhofer, 2001). Em ambas as teorias há uma noção

de continuidade no tempo, de relação entre os acontecimentos passados e futuros (CARNA, 2008).

O delineamento dos objetivos do estágio teve por base as competências de Mestre concretizadas nos descritores de Dublin (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, 2006), bem como o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista (Regulamento N°122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011), específicas do enfermeiro especialista na PSC (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011), Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem na PSC (Regulamento nº 361/2015, 2015) e os Níveis de Competência de Patricia Benner (Benner, 2001).

O percurso académico culminou com a elaboração do presente relatório de estágio, tendo sido realizado com base na metodologia de projeto, que se assume como uma ferramenta importante no desenvolvimento individual do aluno, capaz de prever a mudança. É “definida como um conjunto de operações explícitas que permitem reproduzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Ruivo, Nunes, Ferrito, & Cle, 2010, p.3), sendo composta pelas seguintes fases: elaboração do diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação; e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo *et al.*, 2010).

Na primeira fase foi elaborado o diagnóstico da situação através das idas a campo no 2º semestre e pesquisa sobre o tema, enquanto que a fase da planificação das atividades, meios e estratégias correspondeu à definição de objetivos e escolha dos contextos para o projeto de estágio. A fase de execução das atividades planeadas consistiu no desenvolvimento dos diversos estágios. A avaliação teve lugar no decorrer e final dos mesmos, bem como através da reflexão necessária para a redação das experiências vivenciadas no presente relatório e a sua futura discussão pública. A divulgação dos resultados obtidos será iniciada com a discussão pública do referido documento.

O presente trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro é relativo ao enquadramento teórico que visa apresentar a melhor evidência produzida sobre a continuidade dos cuidados de Enfermagem à PSC com SCA, e em particular com EAM, relacionando-a com os referenciais teóricos mencionados. O segundo capítulo consiste na descrição do percurso de desenvolvimento de competências

realizado ao longo do 3º semestre, onde apresentarei os objetivos e atividades desenvolvidas em cada campo de estágio e refletirei sobre os resultados obtidos. No terceiro capítulo farei a súmula das experiências dos vários contextos, e apresentarei as conclusões acerca dos resultados obtidos, nomeadamente a abordagem às competências desenvolvidas, implicações para a prática, limitações sentidas e projetos futuros.

Este trabalho foi elaborado de acordo com o guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a norma APA e o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o quadro teórico que sustentou a implementação deste projeto de estágio, sendo composto pelos seguintes sub-capítulos: A Enfermagem e o cuidar da pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio; e A continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio.

As autoras da teoria *Nursing as Caring* descrevem o cuidado de enfermagem como autêntico e intencional, e que cresce momento a momento, relacionando-se com o conceito de CC precisamente pela noção de prolongamento no tempo. Para Boykin & Schoenhofer (2001) o cuidar é independente da quantidade de tempo, pois as pessoas são únicas e completas em todos os momentos, sendo cada contacto com a pessoa uma oportunidade para o desenvolvimento da relação interpessoal. Esta visão da pessoa pressupõe a prestação de cuidados individualizados, sendo esta uma característica da continuidade dos cuidados, que também identifica a relação interpessoal como uma das dimensões do seu conceito (Boykin & Schoenhofer, 2001; CARNA, 2008).

Ambas as teorias conferem enquadramento à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com EAM, pela referência ao elemento temporal. Sendo uma situação cujo prognóstico é tempo-dependente, o contacto do enfermeiro pode ser curto, no entanto, tal não impossibilita a prestação de cuidados individualizados e o estabelecimento de uma relação interpessoal (Kolh,P., Alfonso, F., Collet, J., Cremer,J., Hamm, C., Head, S.J., ... Witkowski, A., 2014). A experiência do enfermeiro e, em particular o conhecimento das respostas humanas, constituem fontes de saber, que se traduzem na evolução nos níveis de competência de Benner, conferindo a capacidade para estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa desde o primeiro contacto (Benner, 2001).

1.1. A Enfermagem e o cuidar da pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio

A SCA é caracterizada por um desequilíbrio entre a disponibilidade e necessidade de oxigénio no miocárdio. A pessoa com SCA pode apresentar uma grande variedade de sintomas, sendo o mais típico a dor torácica descrita como pressão ou

peso com irradiação para o braço esquerdo e pescoço ou maxilar, que pode ser intermitente (normalmente com a duração de alguns minutos) ou persistente (Agewall *et al.*, 2011; Nikolaou, N., Arntz, H., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L., & Cariou, A., 2015). A dor ocorre quando há rotura de placas arteroescleróticas, causando hemorragia e formação de trombos que podem ocluir, parcial ou totalmente, o fluxo sanguíneo nessa zona do vaso. O défice de irrigação sanguínea da zona do miocárdio conduz à isquemia e morte celular (Guimarães *et al.*, 2011).

Existem vários tipos de SCA que se classificam de acordo com o nível de obstrução e tradução eletrocardiográfica: EAM com supradesnivelamento do segmento ST (EAMcSST), indicando uma obstrução total da artéria coronária; e EAM sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMsSST), onde se inclui também a angina instável, sendo que em ambas as situações a obstrução da artéria coronária ainda é parcial (Guimarães *et al.*, 2011).

Esta situação clínica constitui uma emergência cardiovascular com risco iminente de vida, que exige do enfermeiro um corpo de conhecimentos clínicos, técnicos e científicos, bem como, flexibilidade e criatividade para adaptação às alterações que podem ocorrer no estado clínico da pessoa (Anderson *et al.*, 2007; Howard & Steinmann, 2010). Neste sentido o raciocínio clínico e a tomada de decisão são fundamentais para o processo de enfermagem em contexto de urgência (Howard & Steinmann, 2010).

A PSC com EAM necessita de cuidados de enfermagem especializados de urgência que se iniciam no seu primeiro contacto com os serviços de saúde, quer na triagem hospitalar, quer ainda no meio pré-hospitalar. Neste primeiro contacto o enfermeiro recolhe a informação acerca do evento, dos antecedentes clínicos, medicação habitual e alergias, o que contribui para a compreensão global da situação e para conhecer individualmente a pessoa. Em simultâneo, realiza uma avaliação metódica (através da metodologia designada por ABCDE¹) que lhe permite detetar e despistar precocemente focos de instabilidade (Guimarães *et al.*, 2011; INEM, 2007a; Madeira, S., Porto, J., Henriques, A., Nieves, F., Ointo, N., Henriques, G., 2011).

¹ A – Via aérea (Airway); B – Ventilação (Breathing); C – Circulação (Circulation); D – Disfunção neurológica (Disability); E – Exposição com controlo de temperatura (Exposition).

A realização de um eletrocardiograma (ECG), permite aferir a gravidade da situação pela existência de alterações compatíveis com isquemia e lesão do miocárdio, em que zona, e qual a artéria coronária envolvida (Guimarães *et al.*, 2011). A obstrução total da artéria coronária é uma situação de emergência que exige a rápida restauração do fluxo sanguíneo, sendo que a elevação do segmento ST em duas ou mais derivações contíguas é um sinal de alarme (Guimarães *et al.*, 2011).

Para o diagnóstico de EAM é necessário considerar outros fatores além do ECG. O EAM define-se como a morte de células do miocárdio resultante de isquemia prolongada (Jaffe, Katus, Apple, Lindahl, & Morrow, 2012) caracterizado pela detecção de uma subida e/ou descida dos valores do biomarcador cardíaco (de preferência, troponina cardíaca) com pelo menos “um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência e, pelo menos, com um dos seguintes indicadores:

Sintomas de isquemia:

- Alterações significativas novas ou presumivelmente novas do segmento ST/onda T (ST-T) ou novo bloqueio completo do ramo esquerdo;
- Aparecimento de ondas Q patológicas no ECG;
- Evidência imagiológica de nova perda de miocárdio viável ou nova anomalia na motilidade segmentar;
- Identificação de um trombo intracoronário por angiografia ou autópsia” conduz ao diagnóstico de EAM (Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Simoons, M.L., Chaitman, B.R., & White, H.D., 2013, p2).

A dor torácica apresentada pela PSC a vivenciar um processo de EAM habitualmente é descrita como uma sensação de moinha ou de aperto, podendo também apresentar-se como um desconforto no tórax ou no epigastro, com uma duração de 20 a 30 minutos ou superior. A dor ou desconforto descrita irradia frequentemente para o pescoço, membros superiores (habitualmente o esquerdo), dorso ou epigastro, e pode ser acompanhada de eructações (Madeira *et al.*, 2011).

Existem duas abordagens terapêuticas indicadas para a pessoa com EAMcSST: uma via medicamentosa e outra por meio de uma intervenção mecânica, tendo ambas como objetivo a restauração do fluxo sanguíneo do miocárdio. A administração de terapêutica fibrinolítica (via medicamentosa) irá promover a lise do

coágulo, podendo ser administrado ainda no meio pré-hospitalar (PH) caso o transporte até ao hospital seja superior a 30 minutos, e não se verifiquem contra-indicações absolutas à sua administração. No entanto, o ideal será que seja realizada uma intervenção coronária percutânea primária (ICPP), que permite a aspiração dos coágulos e/ou destruição da placa de ateroma (Atar *et al.*, 2012).

As *fast-tracks* são estratégias que permitem o atendimento prioritário à PSC cujo prognóstico é tempo-dependente, estando associadas a uma maior eficiência dos serviços e melhoria da qualidade dos cuidados (Devkaran, Parsons, Van Dyke, Drennan, & Rajah, 2009). Sendo o EAMcSST uma situação emergente que exige uma atuação rápida com vista ao rápido restabelecimento do fluxo sanguíneo da zona do miocárdio afetada, foi criada em Portugal, no ano de 2007, a Via Verde do Enfarte do Miocárdio, também designada por Via Verde Coronária (VVC) (CNDC, 2007). Esta estratégia promove o acesso da PSC aos cuidados de saúde adequados, de diagnóstico e tratamento, tendo como objetivo os ganhos em saúde, traduzidos na redução da morbilidade e da mortalidade por EAM. Para tal, é dada prioridade ao transporte direto da PSC para a unidade mais diferenciada com o tratamento adequado disponível (Hospital com UH/ICPP) em detrimento do hospital mais próximo (CNDC, 2007).

O bom funcionamento desta via verde implica o envolvimento da população, através do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do EAM, dos profissionais de saúde em todas as fases (do meio pré-hospitalar ao hospitalar, seja no SU, na UH ou UCIC), bem como da existência de uma Rede de Referência que permite estabelecer relações de complementaridade e de apoio técnico entre as instituições, de modo a garantir a acessibilidade dos doentes às unidades de saúde onde possam receber o tratamento definitivo (CNDC, 2007). Com vista a promover o envolvimento da população na redução do número de mortes por EAM, a Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular participa na campanha europeia *Stent for Life* com o seguinte *slogan*: “Não perca tempo, salve uma vida. O enfarte não pode esperar”. Através do reforço da ideia junto da população de que a rapidez é fundamental para o sucesso do tratamento, e que o risco de morte aumenta a cada minuto, pretende-se que a pessoa procure ajuda precocemente através do número europeu de emergência – 112 (SPC, 2011; APIC, 2011).

Apesar de nos cuidados de enfermagem em serviço de urgência, a única constante no quotidiano dos enfermeiros ser a mudança, normalmente rápida e inesperada, a dimensão temporal não impossibilita o cuidar, pois não tem a ver com o tempo que se passa com pessoa, mas com a atitude e o envolvimento que se tem naquele momento por mais curto que seja (Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy *et al.*, 2005; Howard & Steinmann, 2010). A teoria *Nursing as Caring* da autoria de Anne Boykin e Savina Schoenhofer (2001) relaciona-se diretamente com o cuidar da PSC, na medida em que caracteriza o cuidar como independente do tempo de contacto com a pessoa, mas dependente da relação que se estabelece no momento. Para a PSC a questão temporal é limitada e condicionada pelo risco de vida iminente, que impõe a gestão do tempo com base em prioridades. Em particular, a PSC com EAM necessita que seja restabelecida rapidamente a perfusão do miocárdio pois o prognóstico depende da celeridade da instituição do tratamento (Atar *et al.*, 2012).

Boykin & Schoenhofer (2001) defendem que todas as pessoas cuidam, pois o cuidar é uma característica essencial e expressão do ser humano. Os pilares da teoria assentam nos pressupostos de que: as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade; as pessoas cuidam, momento a momento; as pessoas são inteiras e completas no momento; a personalidade é um processo de vida baseado no cuidado; a personalidade é reforçada por relações de cuidado com o outro; a Enfermagem é tanto uma disciplina como uma profissão. Tendo como base a minha experiência profissional, concluo que os pressupostos da teoria *Nursing as Caring* conferem enquadramento ao cuidar em enfermagem em contexto de urgência/emergência. Tratando-se de um ambiente muitas vezes visto como centrado nos aspetos tecnológicos, em detrimento dos relacionais, esta teoria consegue transpor fielmente para um modelo o cuidar de enfermagem em situação de urgência.

Na teoria *Nursing as Caring*, a pessoa é vista como completa no momento, tendo subjacente uma perspetiva holística sem que seja negada a complexidade do ser humano. Os enfermeiros cuidam, sendo o cuidar holístico algo que lhe é intrínseco, que ocorre naturalmente através de uma relação interpessoal de altruísmo, honestidade e autenticidade (Boykin & Schoenhofer, 2001; Taylor, 2001). Esta teoria relaciona-se com a de Benner (2001), na medida em que esta autora também caracteriza o cuidar como genuíno e inerente à prática de Enfermagem, tendo um

papel importante no processo de recuperação, da cura e da promoção da saúde (Benner, 2001). A teoria *Nursing as Caring* preconiza igualmente a prestação de cuidados individualizados, pois as autoras reconhecem a pessoa como única, uma e completa a cada momento, em que os cuidados se desenvolvem caso a caso numa abordagem interpessoal com a pessoa no momento: *“Each person grows in caring through interconnectedness with other”* (Boykin et al, 2005, p13). O crescimento do cuidar no tempo, e em cada momento, tem por base uma noção de continuidade no tempo e na relação, e, portanto, na evolução do estado da PSC com EAM, desde o momento em que são prestados os primeiros cuidados de enfermagem no meio PH até à UCI.

O enfermeiro entra no mundo da pessoa com a intenção de conhecer o outro, sendo na ligação que estabelece que vive o cuidar, à medida que o mesmo cresce na relação:

caring is the intentional and authentic presence of the nurse with another (...) the nurse endeavors to come to know the other as caring person and seeks to understand how that person might be supported, sustained, and strengthened in his or her unique process of living caring and growing in caring (Boykin & Schoenhofer, 2001, p13).

Portanto, a intenção e o envolvimento do enfermeiro na relação interpessoal com a pessoa, promove o seu próprio desenvolvimento por níveis de competência que crescem a par com a relação. O enfermeiro na prática desenvolve tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, pois aprende na relação com a pessoa e a família, revelando uma aprendizagem experiencial centrada no próprio agente (Benner, 2001).

Assim, no cuidado à PSC com EAM o enfermeiro especializado tem presente nas suas intervenções as teorias de enfermagem que se interligam harmoniosamente com a sua dimensão técnica, clínica e relacional, promovendo a CC. As práticas de excelência no cuidar, como as de diagnóstico, de monitorização e de intervenção terapêutica, são relacionais e contextualizadas no conhecimento acumulado da pessoa. O julgamento clínico, a tomada de decisão e as intervenções de enfermagem não se podem reduzir a cálculos racionais sobre de sintomas subjetivos e sinais objetivos. É isto que reclama o encontro com a pessoa enquanto pessoa, em primeiro lugar, e em segundo lugar, enquanto uma pessoa específica com as suas potencialidades e vulnerabilidades (Benner, 2001).

A Ordem dos Enfermeiros define, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros onde se observam as intervenções do enfermeiro generalista e o especialista em relação à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Dada a crescente diversidade e complexidade das problemáticas de saúde, exige-se cada vez mais uma especialização do enfermeiro para que se alcancem padrões de elevada qualidade nos cuidados à PSC. Por exemplo, no cuidado à PSC com EAM a intervenção do enfermeiro especialista destaca-se pela: correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade; apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida; gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos; e intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística (Regulamento nº 361/2015, 2015).

1.2. A continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio

O conceito de CC não está claramente definido na literatura, havendo, no entanto, um consenso que este assenta em pelo menos dois elementos fundamentais: um que implica uma continuidade ao longo do tempo (passado, presente e futuro); e um que diz respeito a um cuidado individualizado face às necessidades de saúde (CARNA, 2008).

Numa RIL considerando a questão de pesquisa de partida: “quais as intervenções especializadas de Enfermagem que garantem a continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio?”, emergiu da análise do conteúdo dos vários artigos utilizados que as intervenções especializadas de enfermagem têm impacto na CC à PSC com EAM. As intervenções especializadas que podem garantir essa continuidade consistem no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e na transmissão eficaz e metódica da informação, estabelecendo uma relação entre os cuidados prestados entre equipas e contextos diferentes. A CC é também garantida pelo enfermeiro especializado através de todas as intervenções que possam promover o acesso ao tratamento

adequado em tempo útil, seja através da agilização do processo burocrático para uma transferência para outra unidade/hospital, seja através da deteção precoce de sinais no ECG. Desta forma, efetua a gestão dos cuidados prestados à pessoa com EAM. Em suma, concluiu-se que as intervenções de enfermagem têm impacto em todas as dimensões da continuidade: informativa, de gestão e relacional (texto em preparação para publicação).

A CC de enfermagem relaciona-se com os pressupostos da teoria *Nursing as Caring*, na medida em que a relação interpessoal entre o enfermeiro e a PSC com EAM cresce no cuidar a cada momento, ao longo do tempo, havendo associada também uma noção de CC. Os cuidados de enfermagem prestados ao longo da evolução da situação clínica da pessoa, são individualizados e adaptados às necessidades da mesma naquele momento. Esta dimensão de continuidade interpessoal consiste num dos tipos de continuidade definidos pelo College and Association of Registered Nurses of Alberta (2008), referindo-se a uma relação terapêutica contínua entre a pessoa e o profissional de saúde, ligando os cuidados passados aos presentes e aos futuros. Esta entidade considera mais dois tipos de continuidade: a informativa e a de gestão. A dimensão informativa diz respeito à transferência eficaz e eficiente do conhecimento acumulado da pessoa, para relacionar eventos de cuidados separados. A dimensão da gestão prende-se com a capacidade de assegurar que os cuidados dos diferentes profissionais se complementam e são realizados em tempo útil (CARNA, 2008).

Os registos de alta/transferência de enfermagem constituem um importante instrumento na continuidade (informativa) do cuidado à PSC. A transmissão de informação sobre o conhecimento acumulado da pessoa, entre os profissionais que cuidam em todo o percurso (desde o PH ao intra-hospitalar até à alta, e no domicílio), é determinante para a prestação de cuidados especializados. Muitas vezes, a perceção de uma situação depende do contexto, sendo que alterações subtis só terão sentido à luz do conhecimento do historial e da situação atual da pessoa (Benner, 2001). Ao garantir que o enfermeiro de outra unidade de saúde é conhecedor desse conhecimento, a dimensão da gestão da CC é assegurada.

Segundo Mohamed Al-Azri (2008) a maioria dos estudos mostra que a CC tem um impacto significativo na saúde, e conseqüentemente na qualidade dos cuidados. São referenciados como promotores da adesão da pessoa às recomendações dos

profissionais de saúde, aspetos inerentes à relação interpessoal, tais como a confiança, confiança, boa comunicação e harmonia. A ausência de CC pode comprometer a eficácia, diminuir a eficiência e reduzir a qualidade das relações interpessoais (Al-Azri, 2008). Na prática, em contexto de urgência, constato que a intervenção do enfermeiro no meio PH constitui um fator determinante para a CC à PSC com EAM, representando uma ponte entre os cuidados prestados nesse contexto e o meio intra-hospitalar. O contacto da pessoa e família com o enfermeiro no PH contribui também para a diminuição da ansiedade, sendo esse momento privilegiado para a relação terapêutica. O toque é importante para estabelecer um contacto com a pessoa, sendo muitas vezes este o único meio que permite o reconforto e a comunicação (Benner, 2001). No meu contexto profissional, em particular em situações de maior gravidade, ou cujo prognóstico é reservado, o toque apresenta-se como uma forma de promover um ambiente calmo e diminuir a ansiedade e, conseqüentemente, facilitar o cuidado de enfermagem.

Os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros ressalvam na alínea d) do artigo 83º que o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Lei nº 11/2009 de 16 de Setembro, 2009, p.6548). O enfermeiro especialista e mestre na área da PSC tem a responsabilidade de prestar os melhores cuidados à PSC com EAM, através de uma prática fundamentada na evidência, mas também de promover e exigir a acessibilidade aos cuidados de saúde. O acesso ao cuidado, e portanto à saúde, está associado à CC, desempenhando o enfermeiro um papel importante para a sua garantia (Lee *et al*, 2008; Reid *et al*, 2008; Rosser *et al*, 2007; Van Servellen, 2006 citados por CARNA, 2008).

A intervenção especializada de Enfermagem à PSC com EAM tem como objetivo final a qualidade e segurança dos cuidados, estando na sua base a tomada de decisão e o julgamento clínico, fundamentados na evidência e nos princípios ético-deontológicos e morais (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Em particular, a avaliação inicial realizada pelo enfermeiro especializado permite o reconhecimento correto e precoce dos sinais e sintomas, sendo determinante na redução do tempo que decorrerá entre o início dos sintomas e a realização do tratamento definitivo adequado. A capacidade de apreender rapidamente o

problema, intervir e a avaliação é uma competência do enfermeiro perito (Benner, 2001).

As intervenções especializadas de enfermagem à PSC com EAM incluem também: a avaliação e o alívio da dor (podendo ser alcançado com recurso à administração de nitratos ou opióides como a morfina), que para além do benefício da diminuição da dor, reduz também o consumo de oxigénio e a ansiedade da pessoa. O alívio da dor é também promovido por medidas não farmacológicas tais como a promoção do conforto, nomeadamente, através do posicionamento em posição *Fowler*, tornando também a ventilação mais eficaz (Guimarães *et al.*, 2011; Nikolaou *et al.*, 2015; Stent for Life, 2015). Constituem também intervenções especializadas de enfermagem: a administração de terapêutica anti-agregante, sendo o seu objetivo a inibição da ativação plaquetária: AAS² 160 mg a 325 mg e um Inibidor P2Y₁₂³; a administração de anticoagulantes, sendo o seu objetivo a atuação sobre o coágulo que está na origem da obstrução; a cateterização de acessos venosos periféricos, e colheita de sangue para análises para, nomeadamente, a deteção de níveis de marcadores cardíacos (Guimarães *et al.*, 2011; Quilici, A.P., Bento, A.M., Ferreira, F.G., Cardoso, L.F., Moreira, R.S.L., & Silva, S.C., 2014; Stent for Life, 2015).

Na presença de hipóxia comprovada, o enfermeiro deve administrar oxigénio com vista a manter a saturação periférica de oxigénio entre o intervalo de 94 a 98%, ou entre 88 a 92% se a pessoa tiver uma doença pulmonar obstrutiva crónica (Nikolaou *et al.*, 2015). A gestão da oxigenoterapia é uma intervenção especializada de enfermagem que permite diminuir a morbilidade, tendo em atenção que não só a hipóxia pode ser prejudicial para o prognóstico pela diminuição de fornecimento de oxigénio ao miocárdio, mas também a hiperoxigenação tem efeitos nefastos. A hiperoxigenação reduz a irrigação sanguínea pelo efeito vasoconstritor, estando associado ao aumento precoce da zona de isquemia do miocárdio, maiores zonas de enfarte até 6 meses (BTS, 2008; Nikolaou *et al.*, 2015; Stub *et al.*, 2015).

A PSC com EAM está em risco de descompensação hemodinâmica e eventual PCR, sendo que o enfermeiro pode ser confrontado com situações de crise que

² Ácido acetilsalicílico

³ Grupo de medicamentos antiagregantes plaquetários, dos quais os recomendados pela ESC na situação de EAM são: o Clopidogrel, Ticagrelor e Prasugrel (Wijns *et al.*, 2011)

necessitam de uma intervenção imediata. O enfermeiro perito reconhece mudanças fisiológicas subtis, por exemplo, “sinais de choque antes mesmo do aparecimento de alterações nos sinais vitais e podem deduzir a eventual necessidade de iniciar uma reanimação, antes que o colapso vascular ou que alterações dramáticas nos sinais vitais se produzam” (Benner, 2001, p34). São precisos imensos conhecimentos e competências para avaliar a gravidade de uma situação e necessidade de uma intervenção rápida, sendo esta uma competência do enfermeiro perito (Benner, 2001).

Para além da implementação das intervenções descritas, o enfermeiro antecipa focos de instabilidade, diminui a ansiedade, transmite informação e promove o conforto da PSC com EAM. No período imediato pós-EAM o enfermeiro especializado tem ainda um papel importante na reabilitação e prevenção, nomeadamente na capacitação para controlo dos fatores de risco (Anderson *et al*, 2007).

A família é a pedra basilar da coesão social, cujas ligações se caracterizam pela confiança, agindo como um facilitador do processo de saúde-doença, devendo o enfermeiro especializado envolvê-la na prestação de cuidados à PSC com EAM. Em situação aguda, assim que possível, é importante promover a visita da família, pelo significativo impacto que tem na saúde e bem-estar da pessoa (Hanson, 2004; OMS, 2000; OE, 2002b). A relação interpessoal estabelecida com a família não tem como único objetivo obter conhecimento para o cuidado à PSC, mas também acolhê-la como alvo de cuidados. Também ela vivencia uma situação nova, stressante e que exige a mobilização de competências e recursos que, frequentemente, até à data eram desconhecidos. O cuidado à PSC limita o tempo que o enfermeiro tem para cuidar da família, visto a prioridade ser a prestação de cuidados ao familiar. No entanto, a literatura indica que, no serviço de urgência, as três principais necessidades mencionadas pela família relacionam-se com o significado do evento, estar perto do seu familiar e a comunicação, e que a necessidade de conforto físico e suporte emocional só surgem numa segunda fase. Deste modo, transmitir informação à família e proporcionar a visita, são intervenções do enfermeiro especializado no cuidado à família (Ausloos, 2003; Redley, Vasseur, Peters, & Bethune, 2003).

As intervenções acrescidas do enfermeiro especializado relacionam-se diretamente com a CC, em todas as suas dimensões, nomeadamente no que se refere à informação (sistema de registos de enfermagem com dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da PSC), relação interpessoal (técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica), e gestão (referenciação para outros enfermeiros especializados de acordo com área de intervenção e perfil de competências de cada especialidade e supervisão das atividades delegadas) (Regulamento nº 361/2015, 2015; CARNA, 2008).

A CC é uma área na qual os enfermeiros desempenham um papel determinante, pois acompanham a PSC em todo o percurso (desde o PH à UCIC). Deste modo, encontram-se numa posição privilegiada para a gestão e liderança de cuidados de saúde que promovem a CC à PSC, em particular com EAM, sendo agentes de mudança na procura contínua da qualidade.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

O percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem na área da PSC iniciou-se com a estruturação do projeto de estágio, tendo em conta a intervenção de enfermagem escolhida como foco de atenção: **“Intervenção especializada do enfermeiro na continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com síndrome coronária aguda”**. Como já foi referido, de entre os vários tipos de SCA, ao longo do percurso, direcionei a atenção com particular interesse para a PSC com EAM, pelo que ao longo da análise crítico-reflexiva incidirei sobre o cuidado de enfermagem à mesma.

Os estágios são momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências, onde se espera que o estudante desenvolva atitudes e processos de autorregulação, e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados. Pelo exposto, compreende-se a importância da escolha dos locais de estágio para aquisição e desenvolvimento de competências especializadas (Alarcão & Rua, 2005). Os estágios selecionados decorreram nas quatro fases da prestação de cuidados à PSC com EAM, desde o contacto mais precoce com a equipa de saúde no meio PH, até à UCIC, momento em que esta se encontra hemodinamicamente estabilizada.

De seguida farei uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas nos vários contextos, explicitando como contribuíram para atingir os objetivos delineados que visaram o desenvolvimento das competências especializadas de enfermagem na área da PSC, enquadradas no referencial teórico escolhido. Ao longo da análise terei em conta os Descritores de Dublin que visam a atribuição de grau de Mestre, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, 2006; Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). O percurso de desenvolvimento de competências iniciou-se tendo como ponto de partida a minha experiência prévia como enfermeira num serviço de urgência e emergência PH, pelo que estará sempre presente ao longo da reflexão.

2.1. Centro hospitalar da rede de referenciação de doenças cardiovasculares em Portugal

Os estágios em contexto profissional decorreram em várias unidades de prestação de cuidados à PSC com EAM do mesmo centro hospitalar. Esta particularidade permitiu-me contactar com a prestação de cuidados em todo o percurso da pessoa e observar em que medida os cuidados prestados nas diversas situações concorriam para a CC nas suas três dimensões.

Os estágios decorreram nas seguintes unidades: SUP, VMER, UCIC e UH.

2.1.1. Serviço de urgência polivalente

De 5 de outubro a 30 de novembro de 2015 realizei o estágio num SUP de um Hospital central de Lisboa. O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, que oferece uma resposta de proximidade à população da sua área, segundo um rácio de um SUP por cada 750.000 / 1.000.000 habitantes (Despacho nº 10319/2014, 2014). Assim, para compreender o funcionamento de um SUP, torna-se importante a compreensão dos conceitos de “Urgência” e “Emergência”: “urgência médica é uma situação clínica que requer intervenção médica num curto espaço de tempo, mas que não representa uma ameaça imediata para a vida ou para a saúde da pessoa, e emergência é uma situação clínica em que essa ameaça existe” (Campos, 2014, p.8). Sendo o EAM uma situação clínica com risco a vida, a pessoa necessita de cuidados que podem ser de carácter urgente ou emergente, consoante a obstrução coronária e estabilidade hemodinâmica que apresenta (Kolh *et al.*, 2014).

Os objetivos específicos definidos para o SUP foram os seguintes:

- Conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, no meio intra-hospitalar no SU central;
- Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM;
- Prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, nomeadamente em situações de instabilidade hemodinâmica.

Com vista a atingir o objetivo conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, no meio intra-hospitalar no SU central, optei por inicialmente conhecer a estrutura física e organização do serviço e dos cuidados nele prestados, pois relacionam-se com o circuito que a PSC com EAM fará dentro do SUP. O nível de resposta deste serviço decorre das orientações do Ministério da Saúde (Despacho nº 10319/2014, 2014), estando o espaço físico organizado por setores: triagem; balcão, que se divide em quatro zonas correspondentes aos graus de prioridade atribuídos na Triagem de Manchester (muito urgente - cor laranja; urgente - cor amarelo; pouco urgente – cor verde; não urgente - azul); unidade de observação, que inclui cinco salas distintas; pequena cirurgia/ortopedia; quatro salas de emergência, sendo duas preferencialmente utilizadas para situações de trauma e as outras duas para situações do foro médico; e transporte inter-hospitalar.

O sistema de triagem de Manchester consiste numa metodologia que visa facilitar a gestão clínica da pessoa e a gestão do próprio serviço (GPT, 2009), sendo essencial para a identificação precoce da pessoa com EAM que recorre ao SUP e ativação do protocolo da VVC.

No que diz respeito à dinâmica e funcionamento da equipa que integrei, os procedimentos inerentes à VVC estão enraizados na equipa, permitindo uma intervenção rápida e organizada por forma a que a PSC com EAM chegue à UH dentro do intervalo ideal recomendado para a revascularização do miocárdio (os primeiros 120 minutos) (Roffi *et al.*, 2015). Este protocolo promove a gestão de cuidados, sendo uma dimensão da CC que está presente desde o primeiro de contacto com o enfermeiro na triagem. Assim, a porta de entrada da PSC com EAM no SU é a triagem, onde a identificação da “dor precordial” desencadeia a ativação da VVC e a realização de ECG. No entanto, nem todas as pessoas com EAM apresentam dor, sendo determinante a avaliação do enfermeiro que vai além dos sinais e sintomas, havendo espaço para o critério clínico. O raciocínio clínico e tomada de decisão do enfermeiro não se resumem a cálculos racionais de sinais e sintomas (Benner, 2001; Tanner, 2006), permitindo a deteção precoce de situações de suspeita de EAM com dor atípica ou ausência de dor. O rápido encaminhamento da pessoa com suspeita de EAM, da triagem para a sala de reanimação promove a avaliação precoce pelo médico e acelera o diagnóstico final, contribuindo para a acessibilidade aos cuidados de saúde. Os enfermeiros de urgência são parte

integrante da equipa que promove a CC, na sua dimensão informativa e de gestão (Underwood *et al.*, 2009).

Após a confirmação eletrocardiográfica de EAM, por norma interna do SUP, é ativada de imediato uma ambulância tipo C (“Portaria nº 260/2014 - Disposições gerais Regulamento de transporte de doentes,” 2014; OM e SPCI, 2008), para diminuir o tempo de espera e promover o acesso à ICPP. O enfermeiro dá continuidade aos cuidados preparando e acompanhando (com o médico responsável) a pessoa no transporte inter-hospitalar para a UH. A família pode acompanhar a pessoa na sala de reanimação e até à ambulância, recebendo informação acerca da situação clínica da pessoa e plano de tratamento, sendo este contacto uma forma de aprendizagem experiencial centrada na pessoa (Benner, 2001).

Com vista atingir o objetivo específico aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM foi importante a realização prévia do curso *de Suporte Avançado de Vida Cardíaco (SAVC)* (Anexo 1), *Curso Avançado de Gestão Pré-Hospitalar e Intra-hospitalar Precoce do Tratamento no EAM com supradesnivelamento do segmento ST* (Anexo 2), e o *workshop de Gasimetria Arterial* (Anexo 3), na medida em que me permitiram atualizar o conhecimento no cuidado à PSC com EAM.

O Curso SAVC permitiu relembrar conceitos e aprofundar conhecimentos no cuidado à PSC com EAM e vítima de PCR. A realização deste curso no período imediatamente anterior ao estágio contribuiu para a otimização dos mesmos, nomeadamente, no que se refere à intervenção do enfermeiro nas equipas de reanimação, quer no período durante a PCR, quer pós-PCR.

O *workshop de Gasimetria Arterial*, em particular, foi importante para praticar a interpretação dos resultados de uma gasimetria arterial, dado que no meu contexto profissional não disponho dessa possibilidade. Desta forma, pude relembrar conceitos e esclarecer dúvidas através de exercícios práticos, tendo sido um contributo importante no percurso do estágio.

O Curso de *Gestão Pré-hospitalar e Intra-hospitalar Precoce do Tratamento no EAM com supradesnielamento do segmento ST* resultou de uma ação concertada entre o Instituto Nacional de Emergência Médica, a Associação Portuguesa de

Intervenção Cardiovascular e a Sociedade Portuguesa de Cardiologia com base na iniciativa europeia *Stent for Life*, que teve como objetivo melhorar e uniformizar o tratamento à PSC com EAMcSST no meio PH e intra-hospitalar, tendo em conta a mais recente evidência científica. A frequência deste curso foi muito importante pelos conhecimentos desenvolvidos, nomeadamente, no que se refere ao tratamento antiagregante. Os estudos mais recentes já indicavam que a administração do ticagrelor apresentava maior benefício para a PSC com EAM com indicação para ICPP, quando comparado com o clopidogrel, pelo facto de possuir um início de ação mais rápido e constante (Stent for Life, 2015).

Para além dos cursos mencionados, ao longo do estágio realizei pesquisa bibliográfica sobre todas as questões em que senti necessidade. De forma geral, tendo já experiência prévia em contexto de urgência, as pesquisas relacionaram-se com questões concretas, como por exemplo, a administração de terapêutica que não disponho no meu contexto profissional.

Os cursos realizados previamente no cuidado à PSC, a pesquisa da literatura, bem como a frequência do presente Mestrado em Enfermagem contribuíram para aprofundar conhecimentos e fundamentar decisões com base na evidência científica. Deste modo desenvolvi intervenções com base na evidência mais recente, nomeadamente no que se refere à gestão da oxigenoterapia na PSC com EAM. As orientações de 2015 do Conselho Europeu de Ressuscitação realçam a importância de evitar a hiperoxigenação, pelo risco de aumento da zonas de isquemia do miocárdio e associação a aumento da morbidade (Nikolaou *et al.*, 2015). Em reunião com o docente e enfermeiro orientadores foi discutida a importância de transmitir esse conhecimento entre pares. Sendo a formação um importante veículo de divulgação de evidência científica atualizada, realizei duas sessões de formação em serviço subordinada ao tema “Gestão da oxigenoterapia na pessoa em situação crítica com SCA – Uma intervenção Especializada de Enfermagem” (Apêndice 1), onde se abordaram também formas de otimizar a utilização de dispositivos de fornecimento de oxigénio suplementar, com vista a gerir adequadamente as necessidades individuais de oxigénio da pessoa e mantendo os valores dentro dos intervalos recomendados (94 a 98% ou 88 – 92%, se a pessoa tiver DPOC⁴), conseguindo-se evitar tanto a hipóxia como a hiperóxia (Nikolaou *et al.*, 2015). Nesta

⁴ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

sessão abordei também as novas recomendações, já referidas, relativamente à administração do ticagrelor à pessoa com indicação para realizar ICPP. Após concluir o estágio tive conhecimento que o clopidogrel foi substituído pelo ticagrelor na situação da pessoa EAMcSST neste contexto, o que contribui para demonstrar o contributo do meu estágio para o processo de mudança. No SUP exercem funções 122 enfermeiros, agrupados em várias equipas. O facto de os enfermeiros presentes nas sessões pertencerem a diferentes equipas, foi importante para a transmissão de informação aos restantes profissionais. Assim, assistiram às sessões de formação 15 enfermeiros, o que representa 16% do número total de enfermeiros, tendo as mesmas sido avaliadas por 87% dos formandos (13). As sessões foram avaliadas de forma positiva, tendo a maioria atribuído a classificação de “muito bom” à prestação do formador e metodologia das mesmas (Apêndice 2).

O objetivo específico delineado não contempla o aprofundamento de conhecimentos na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, contudo, sendo esta uma competência do enfermeiro especializado em enfermagem na PSC (Regulamento n.º124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011), aprofundei estes conhecimentos através da consulta de um Plano de Atuação em Situações de Emergência/Catástrofe. Estes foram consolidados pela discussão com os enfermeiros peritos do SUP sobre o mesmo, designadamente, princípios de atuação definidos no que se refere à organização do espaço físico que prevê a resposta para três tipos de situação: alta intensidade de curta duração; baixa intensidade e longa duração (onde se incluem a gripe aviária e NRBQ⁵); e situações que afetem de modo especial um dos hospitais do centro hospitalar. Estão previstas as medidas para os diferentes níveis de catástrofe, incluindo reorganização do espaço físico e recursos humanos a mobilizar (CHLC, 2008).

Entende-se por catástrofe um “acontecimento súbito quase sempre imprevisível, de origem natural ou tecnológica, suscetível de provocar vítimas e danos materiais avultados, afetando gravemente a segurança das pessoas, as condições de vida das populações e o tecido sócio-económico do país” (Lei de Bases da Proteção Civil - Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, 2015). O enfermeiro especializado em enfermagem na PSC deve conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, identificando os vários tipos de catástrofe e as

⁵ Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico

implicações para a saúde (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). O sistema de triagem preconizado, no plano de emergência consultado, para aplicação em caso de catástrofe de alta intensidade e curta duração é a triagem START⁶, sendo utilizado apenas para os níveis 2 (razoável dimensão – 20 a 40 pessoas) e 3 (desastre grave na comunidade – superior a 40 pessoas) (CHLC, 2008).

Durante o período de estágio participei também no 3º Encontro de Enfermagem de Emergência e 1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica, promovido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros nos dias 20 e 21 de novembro de 2015, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Anexo 4). Este constituiu um momento para transmissão de informação atualizada importante para o cuidado à PSC, tendo sido abordados vários, dos quais destaco: a Triagem por Enfermeiros; Pré-hospitalar na Suíça – organização e papel do enfermeiro; a Limitação do Esforço Terapêutico; e Suporte Avançado de Vida.

O tema da Triagem por enfermeiros foi apresentado pelo Enfermeiro José Dias, Coordenador da emergência pré-hospitalar nos Açores. Os Açores foram pioneiros na conceção da Triagem de Manchester Telefónica realizada por enfermeiros, que permitiu diminuir os tempos de resposta e o envio de meios diferenciados para o local, bem como o controlo da qualidade, pois as viaturas SIV são ativadas de acordo com o resultado da triagem. No local é aplicada a escala *Prehospital Early Warning Score*, que estabelece o grau de gravidade da PSC. Este é um sistema de qualidade e auditável, que permitiu colocar profissionais de saúde na triagem e aproximar o pré-hospitalar com o intra-hospitalar (usando a mesma linguagem), otimizando os recursos. Este projeto pioneiro, deu origem a um modelo que recebe o nome do arquipélago “*The Azores Model*”, que está a ser implementado na Austrália. Esteve também presente o Presidente do Grupo Português de Triagem, Dr. Paulo Freitas, que referiu que a triagem Manchester permitiu uma melhoria exponencial dos cuidados com a identificação precoce de situações emergentes como o EAM. Ainda em relação ao tema da prestação dos cuidados de enfermagem no meio pré-hospitalar pude também ouvir a experiência de um enfermeiro português a exercer funções num serviço de urgência hospitalar suíço, que integra uma viatura de atendimento pré-hospitalar. Da minha experiência considero que é urgente a implementação de um sistema de triagem pré-hospitalar nas ambulâncias SIV

⁶ *Simple Triage And Rapid Treatment*

(Portugal Continental), com vista a que os cuidados, ainda que individualizados, possam ser prestados com um critério comum. A atribuição de um grau de prioridade logo no pré-hospitalar seria importante para eliminar a componente subjetiva na avaliação da PSC com EAM. A prestação de cuidados de enfermagem no meio pré-hospitalar exige do enfermeiro capacidade de tomada de decisão e experiência, sendo este facto considerado na Suíça pois é exigido um tempo mínimo de experiência de dois anos em serviço de urgência antes de poder exercer funções no meio pré-hospitalar. São duas medidas (a triagem pré-hospitalar e o requisito de tempo mínimo de experiência profissional) que promovem a qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que considero ter sido enriquecedor assistir a ambas as comunicações.

O tema da limitação do esforço terapêutico é uma questão que os enfermeiros de urgência se deparam no dia-a-dia, levantando problemas éticos e legais que necessitam ser esclarecidos. Assistir à palestra do Professor Doutor Sérgio Deodato contribuiu para esclarecer algumas dúvidas que eu própria tinha em relação à limitação do esforço terapêutico, nomeadamente no que se refere à pessoa em PCR no meio PH e o diagnóstico de morte.

Por fim, a comunicação relativa à transmissão das principais alterações às orientações para a ressuscitação para 2015 do Conselho Europeu de Ressuscitação, foi importante para consolidar o conhecimento em relação às mesmas. Destaco algumas alterações que se relacionam com o tratamento da PSC com EAM, e que foram importantes para a otimização da prestação de cuidados no estágio: a) quando ocorre PCR em ritmos desfibrilháveis durante o cateterismo cardíaco devem ser tratadas no imediato com até 3 choques antes de iniciar compressões torácicas; b) nos cuidados pós-PCR o objectivo de controlo da temperatura foi estabelecido para os 36°C em vez da recomendação anterior para arrefecer até aos 32-34°C, tendo em atenção que a prevenção da febre mantém-se importante; c) na pessoa com EAMcSST com indicação para ICPP, os antagonistas dos receptores ADP⁷ - clopidogrel, ticagrelor ou prasugrel com restrição específica - podem ser administrados tanto no pré-hospitalar como no serviço de urgência; d) e a pessoa com dor torácica aguda e suspeita de SCA, não necessita de oxigénio

⁷ Adenosina difosfato

suplementar a menos que apresente hipoxia, dispneia ou insuficiência cardíaca (CPR, 2015).

No que se refere especificamente à intervenção do enfermeiro na garantia da CC, foi essencial a realização da RIL (já mencionada anteriormente) para aprofundar conhecimentos nesta área.

Estas atividades foram essenciais e facilitadoras do desenvolvimento de competências durante o percurso de estágio, não só neste contexto específico do SUP, mas também para os posteriores campos de estágio.

Com vista a alcançar o objetivo específico prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, nomeadamente em situações de instabilidade hemodinâmica, colaborei na prestação de cuidados à pessoa com EAM. A dor torácica é a manifestação clínica mais frequente que leva a pessoa adulta (idade > 45 anos) ao SUP, sendo causadora de grande desconforto e ansiedade (Gerber, Kontos, & Kantor, 2010; Weiss, Wier, Stocks, & Blanchard, 2014). Na prestação de cuidados à PSC com EAM e família, geri a dor através da avaliação e monitorização da sua intensidade, recorrendo à escala numérica da dor, e caracterização (início, localização, tipo, fatores desencadeantes e de alívio), bem como através do seu alívio, através de medidas farmacológicas (administração terapêutica - nitratos e opióides), e não farmacológicas (promoção do bem-estar, nomeadamente, pelo posicionamento). A transmissão de informação é uma forma de promoção do bem-estar da pessoa/família, pois contribui para a diminuição da ansiedade de ambos. Deste modo, constitui uma intervenção especializada do enfermeiro na CC a educação acerca do significado do evento e o plano terapêutico, contribuindo para a otimização do efeito terapêutico e CC (Boixo, Lobato, Rico, Sánchez, & Ponce, 2011).

No cuidado à PSC com EAM estabeleci e geri a relação interpessoal com a PSC com EAM e família. Apesar de durante a prestação de cuidados emergentes, os aspetos clínicos causadores da instabilidade hemodinâmica serem o principal foco, bem como as intervenções essenciais para a estabilização, tal não impede o desenvolvimento da relação terapêutica. O recurso à tecnologia contribui para a aproximação do enfermeiro à pessoa, na medida em ajuda a conhecê-la na sua plenitude; são as informações críticas que a tecnologia fornece que nos permitem

concentrar na pessoa que está a ser cuidada (Locsin, 2013; Boykin & Schoenhofer, 2001).

Nos cuidados de enfermagem em SU a dimensão temporal não impossibilita o cuidar, pois este não tem a ver com o tempo que se passa com pessoa, mas com a atitude e o envolvimento que se tem naquele momento, por mais curto que seja (Boykin *et al.*, 2005; Howard & Steinmann, 2010). Independentemente do tempo de permanência com a PSC com EAM, foi possível estabelecer uma relação interpessoal, quer na fase intra-hospitalar, quer inter-hospitalar. Por forma a garantir a CC ao longo do percurso no SUP e na unidade de saúde recetora, colaborei no registo do conhecimento acumulado da pessoa nas plataformas disponíveis, reforçado-o pela transmissão oral da informação crítica essencial na transferência entre os serviços: evolução hemodinâmica; características e evolução da dor; medicação administrada; alterações eletrocardiográficas (Boixo *et al.*, 2011). Contudo, a transmissão da informação referente à história pessoal é também importante, pois, muitas vezes, a perceção de uma situação é dependente do contexto, e alterações subtis só terão sentido à luz desse conhecimento (Benner, 2001). Para Underwood *et al.* (2009, p.232) os enfermeiros tem um papel determinante na gestão de cuidados: *“ED nurse’s primary role is to facilitate rapid transfer to the cardiac catheterization laboratory (...) If the patient is transferred to the PCI center, the role of the emergency nurse is to expedite the transfer process”*. Os enfermeiros de urgência facilitam a transferência entre serviços, promovendo a CC, na sua dimensão informativa e de gestão.

A prestação de cuidados no âmbito dos procedimentos inerentes à VVC intra-hospitalar permitiu constatar que a equipa está envolvida e sensibilizada de que o EAM é uma emergência, cujo prognóstico depende do fator tempo. O bom funcionamento da VVC resulta de um trabalho multidisciplinar continuado de equipa, em que os diferentes elementos se interligam de forma fluída (numa “dança”) para o cuidar: *“all persons are committed to knowing self and other as living and growing in caring”* (Boykin & Schoenhofer, 2001, p.36). Comparando com o meu contexto profissional verifico que esta noção de que “tempo é músculo” não é transversal a todos os profissionais de saúde. “Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento do EAM, a sua mortalidade e morbilidade permanecem muito elevadas” (CNDC, 2007), pelo que cada segundo conta e pode fazer a diferença na qualidade de vida

da pessoa. O trabalho em equipa facilita a comunicação, a transmissão da informação e, conseqüentemente, a CC. Segundo Al-Azri (2008, p.2) a CC está relacionada com os resultados e a qualidade dos cuidados: *“the majority of studies have shown that continuity of care has a major effect on the outcomes; hence on the quality of care”*. Participar na prestação de cuidados neste ambiente permitiu constatar esta relação, cujo impacto é positivo.

A realização de um jornal de aprendizagem, usando o ciclo de Gibbs, permitiu a reflexão crítica sobre as práticas, e, conseqüentemente, melhor compreensão das situações vividas. Numa das situações prestei cuidados a uma senhora de 64 anos que recorreu ao SUP, trazida pelo filho, por dor precordial associada a palidez e hipotensão, apresentando um EAM inferior (ECG: supradesnivelamento segmento ST nas derivações II, III e aVF), associado a um valor baixo de hemoglobina (5,0 g/dL), implementei as intervenções de enfermagem relativas à sua situação cardíaca (EAM), nomeadamente no que se refere à avaliação inicial (metodologia ABCDE), administração de terapêutica antiagregante (AAS e clopidogrel), cateterização de acessos venosos periféricos, colheita de sangue para enzimologia, alívio da dor (administração terapêutica e medidas não farmacológicas) e promoção do conforto. Posteriormente, preparei a senhora para o transporte à UH. A senhora apresentava cansaço fácil, não tolerando mudança de decúbito ou completar frases, pelo que adaptei a comunicação à complexidade do seu estado de saúde, limitando a comunicação verbal a questões de resposta curta, explicando os procedimentos à medida que os implementava. A transmissão da informação permite gerir a ansiedade e medo vividos pela pessoa em situação crítica, e contribui para a continuidade dos cuidados (Boixo *et al.*, 2011; Boykin & Schoenhofer, 2001; Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Tal como cada pessoa é única em cada momento, também a resposta da enfermeira é única e adaptada a cada momento.

Estabeleci uma relação terapêutica com o filho da senhora, sendo que a explicação acerca da situação clínica da mãe e os motivos do tratamento implementado contribuíram para a diminuição da ansiedade. O enfermeiro perito tem a capacidade de estabelecer técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). O cuidar tem um objetivo e é intencional: nutrir a pessoa/família que vive e cresce no cuidado,

sendo a forma como enfermeira entra no seu mundo e a conhece (Boykin & Schoenhofer, 2001). A relação estabelecida permitiu ainda a recolha de informação acerca do estilo de vida da senhora, antecedentes pessoais, medicação e apoio familiar de que dispõe.

Neste contexto contactei com os cuidados a prestar à pessoa submetida a transfusão sanguínea, tendo sido uma reaprendizagem, dado ser um procedimento que não se realiza em meio SUB. Durante este período detetei uma alteração abrupta da frequência cardíaca (de 45-58 para 90-100 bpm⁸) acompanhada de um aumento do supradesnivelamento do segmento ST no monitor. Um novo ECG revelou aumento da zona de isquemia, tendo justificado o transporte inter-hospitalar imediato para a UCIC com vista à realização posterior de Intervenção Coronária Percutânea (ICP), o qual realizei, efetuando a transmissão da informação que promove a CC à pessoa com EAM à enfermeira da unidade (Boixo *et al.*, 2011).

O enfermeiro perito não se cinge apenas aos sinais e sintomas presentes no momento da avaliação, contextualizando com o conhecimento acumulado da pessoa e reconhecendo alterações subtis na sua condição. Estas competências conferem-lhe a capacidade de apreender rapidamente o problema e intervir (Benner, 2001). A prestação de cuidados à PSC com EAM no meio intra e inter-hospitalar permitiu o desenvolvimento de competências, nomeadamente, na antecipação de focos de instabilidade, gestão de protocolos terapêuticos complexos à pessoa com instabilidade hemodinâmica, e identificação de complicações, implementando as respostas adequadas aos problemas identificados. Na situação concreta da PSC com necessidade de ventilação mecânica invasiva, pude colaborar com a equipa em situações de PCR no SUP onde foi necessário assegurar uma via aérea avançada com suporte ventilatório, prestando cuidados na manutenção (Regulamento n.º124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

Neste período, desenvolvi ainda competências na prevenção e controlo da infeção, através, nomeadamente, de colheitas de sangue para hemoculturas de acordo com o procedimento instituído no serviço, e com base nas orientações para a boa prática (Regulamento n.º124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). O SUP, bem como os outros serviços do hospital, é auditado relativamente à taxa de contaminação das hemoculturas. No ano de 2015, o SUP apresentou de 3% de taxa de contaminação,

⁸ Batimentos por minuto

tendo sido de 5.5% a média do hospital (Filipe & Pina, 2016). Estes valores são explicados pela implementação de um projeto da melhoria da qualidade em enfermagem que visou precisamente diminuir a taxa de contaminação de hemoculturas, dado que em 2013 o valor era de 5,9%. Foi criada uma instrução de trabalho para o procedimento de colheita de sangue para hemocultura, realizados vários momentos de formação com os profissionais, monitorização dos resultados e auditoria clínica. Neste momento, a instrução de trabalho está a ser revista com vista a melhorar os resultados obtidos (Filipe & Pina, 2016). Maximizar a intervenção na “prevenção e controlo da infeção 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” é uma competência do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011: 8656).

Considerando apenas as situações da PSC com EAM consciente e sem outras complicações associadas, as intervenções de enfermagem realizadas no SUP são idênticas às realizadas no meu contexto profissional (SUB Odemira), no entanto diferem na celeridade do encaminhamento até à UH por questões burocráticas. As diferenças relacionam-se ainda com a capacidade de resposta à PSC com EAM com complicações associadas, devido, nomeadamente, ao menor número de RH e equipamentos disponíveis. Num contexto, onde as condições geográficas do concelho já têm um impacto negativo na acessibilidade aos cuidados de saúde onde a pessoa pode receber o tratamento definitivo (neste caso, à UH para realizar ICP) todo o tempo perdido é determinante para diminuir a sua morbilidade e mortalidade (De Luca, Suryapranata, Ottervanger, & Antman, 2004). Tendo como base esta preocupação, e motivada pelo o conhecimento adquirido ao longo do primeiro e segundo semestres, bem como nos estágios, efetuei uma candidatura no meu serviço para o financiamento da aquisição de equipamento que visava a melhoria dos cuidados à PSC com EAM, que incluía, nomeadamente, de um compressor automático externo, um equipamento de ventilação não invasiva e de ventilação mecânica invasiva (VMI) e um monitor desfibrilhador que permite a conexão ao computador do serviço e envio direto para a UH. Deste modo, teríamos mais recursos para a estabilização hemodinâmica da pessoa com EAM e meios para diminuir o tempo despendido entre o contacto com o cardiologista, pois o ECG seria

enviado diretamente para a UH e não por intermédio do centro orientador de doentes urgentes (CODU).

2.1.2. Viatura médica de emergência e reanimação

Integrado no período do estágio anterior, realizei um estágio na VMER do mesmo centro hospitalar, com a duração de 8 turnos. A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de profissionais de saúde ao local onde se encontra a pessoa, cuja equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV). O seu principal objetivo consiste na estabilização PH e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, sendo a sua ativação da exclusiva responsabilidade do CODU do INEM⁹ (Despacho n.º 5561/2014, 2014; Despacho n.º 10319/2014, 2014).

A maioria dos enfermeiros que exercem funções na VMER pertence ao SUP (no qual decorreu o estágio anterior) pelo que a experiência prévia otimiza a sua intervenção no PH. Este fator foi também facilitador da integração neste campo de estágio, pois já havia uma relação estabelecida previamente com os profissionais no anterior campo de estágio. Assim, acompanhei a equipa e colaborei na prestação de cuidados à PSC com EAM. Para o referido período foi delineado o seguinte objetivo específico:

- Conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, no pré-hospitalar num meio reconhecido como referência na área.

Tendo em conta o objetivo delineado, no decorrer do estágio contactei com o funcionamento interno da equipa da VMER. Para que a prestação de cuidados à PSC com EAM não seja comprometida, a equipa (enfermeiro e médico) zela pela operacionalidade do meio de emergência pré-hospitalar, nomeadamente, através da verificação diária dos materiais clínicos, terapêutica e equipamentos existentes. Para além de verificar a sua existência, o conhecimento acerca da sua localização na viatura é essencial, pois esse conhecimento facilita a prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. No meu contexto profissional, no meio SIV, o enfermeiro é o chefe de equipa a quem

⁹ Instituto Nacional de Emergência Médica

competete zelar pela operacionalidade do mesmo. No que se refere ao funcionamento interno, este é muito semelhante entre ambos os meios de resposta de emergência do INEM.

A prestação de cuidados à PSC exige dos enfermeiros um corpo de conhecimentos clínicos e competências técnicas que suportam a tomada de decisão, estando o raciocínio clínico presente em todas as ações e decisões do enfermeiro desde o diagnóstico dos fenómenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos (Tanner, 2006). Estes conceitos estão, portanto, diretamente relacionados, pois o raciocínio não é mais que a avaliação das alternativas e a decisão é a escolha entre as alternativas (Nunes, 2006). No meio PH os enfermeiros têm de tomar decisões fora do hospital, o que requer experiência e níveis elevados de raciocínio clínico (Suserud, 2001). Neste contexto, onde se dispõe de menores recursos e meios de diagnóstico, a intuição do enfermeiro e a sua relação com a experiência assumem um papel muito importante, na medida em que constituem fontes de conhecimento igualmente indispensáveis para a tomada de decisão, sendo um domínio de competência que caracteriza um enfermeiro perito (Benner, 2001).

Integrei-me na equipa multidisciplinar, podendo observar e colaborar com a equipa na prestação de cuidados. Na ambulância SIV sou o único profissional de saúde, pelo que com este estágio pretendia também, em primeiro lugar, contactar com a prestação de cuidados realizada por outro enfermeiro, e em segundo, a prestação de cuidados com dois profissionais de saúde. A observação permitiu a comparação de realidades, sendo também uma forma de aprendizagem e contributo para o desenvolvimento de competências. Durante o período de estágio pude observar e colaborar na prestação de cuidados à PSC com EAM, nomeadamente com instabilidade hemodinâmica necessitando de ventilação mecânica. Como exemplo disso, numa das ativações da VMER colaborei na prestação de cuidados a um senhor de 88 anos, com antecedentes pessoais de EAM com colocação de um *pacemaker* e dois *stents* que tinha tido alta hospitalar recentemente (15 dias). Após um esforço (ida à casa de banho e eliminação intestinal) iniciou um quadro de dor torácica seguido de PCR, (AEsp¹⁰), tendo sido iniciado o SAV pela equipa VMER com apoio de outra equipa de uma Ambulância de Emergência Médica, ocorrendo a

¹⁰ Atividade Elétrica sem Pulso

recuperação da circulação espontânea (RCE) após 10 minutos de reanimação. Foram implementados os cuidados pós-PCR, designadamente a otimização da hemodinâmica e da ventilação (através da titulação do oxigénio para obter saturações de oxigénio arterial $\geq 94\%$, evitando a ventilação excessiva pois tem como consequência o aumento excessivo da pressão intratorácica e a redução do fluxo sanguíneo cerebral pela descida de PaCO_2 ¹¹, e da administração de fármacos vasoativos - dopamina - para manter a PAM¹² ≥ 65 mmHg) e o controlo glicémico (mantendo a glicémia entre 144 a 180 mg/dL) (Guimarães *et al.*, 2011). Para dar continuidade aos cuidados pós-PCR foi necessário proceder ao transporte do senhor para a UCIC para posterior realização de ICPP, tendo sido transmitida a informação, nomeadamente, os cuidados prestados no meio PH e antecedentes pessoais conhecidos. Boykin & Schoenhofer, (2001) descrevem o conceito da “Dança dos Cuidadores” em que *“each role is essential in contributing to the process of living grounded in caring. As each person authentically expresses their commitment in being there for and with the nursed, caring relationships are lived”* (Boykin & Schoenhofer, 2001; p.37; Guimarães *et al.*, 2011). Neste sentido, relaciono esta experiência com a teoria *Nursing as Caring*, pois cada elemento trabalhou em equipa para o mesmo fim, sem que existisse um mais importante que o outro.

A possibilidade da pessoa com EAM receber os primeiros cuidados por profissionais de saúde ainda no meio PH constitui um fator importante para a CC: são prestados os cuidados no tempo adequado e esta é encaminhada para o local onde pode receber o tratamento definitivo, neste caso, a UH ou UCIC – dimensão da gestão de cuidados; a transmissão do conhecimento acumulado da pessoa é feita entre profissionais de saúde (quer por registo em plataforma informática, quer oralmente) evitando a perda de informação importante que poderia não ser valorizada por outro profissional – dimensão informativa; apesar do tempo de contacto com a pessoa, o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica, pois esta não depende do fator tempo, mas do envolvimento estabelecido – dimensão interpessoal (CARNA, 2008). Da minha experiência constato que a prestação de cuidados no meio PH (que muitas vezes é o domicílio da pessoa) é uma oportunidade por excelência para estabelecimento de uma relação interpessoal. O

¹¹ Pressão parcial de CO₂

¹² Pressão Arterial Média

enfermeiro entra no mundo da pessoa, conhecendo-a no seu contexto familiar, o que facilita a prestação de cuidados individualizados.

O estágio na VMER, bem como no SUP, permitiu-me colaborar em equipa com outros profissionais de saúde, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente no que respeita a habilidades em suporte avançado de vida, sendo estas competências do enfermeiro especialista na PSC (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

O enfermeiro especializado e mestre na área da PSC tem a responsabilidade de prestar os melhores cuidados à pessoa com EAM, através de uma prática fundamentada na evidência, tendo como objetivo final a qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Deste modo, passa também pelo enfermeiro, seja no SUP ou no SUB, desenvolver esforços nos diferentes contextos para alterar práticas baseadas na rotina, substituindo-as por outras baseadas na evidência. A realização destes dois primeiros estágios contribuiu para o desenvolvimento de competências especializadas na pessoa em situação crítica, constituindo também ferramentas para a inovação e mudança no meu contexto profissional.

2.1.3. Unidade de cuidados intensivos coronários

As unidades de cuidados intensivos “destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado” (UIE, 2013, p.2), assumindo a responsabilidade integral pelos doentes, com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais, durante vinte e quatro horas (DGS, 2003). Nas UCIC são prestados cuidados de enfermagem à pessoa com patologia do foro cardíaco, nomeadamente com EAM.

De 1 de novembro de 2015 a 30 de janeiro de 2016 realizei um estágio numa UCIC, tendo sido delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, na unidade de cuidados intensivos coronários;

- Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM;
- Prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, nomeadamente em situações de instabilidade hemodinâmica.

A integração na equipa, o conhecimento das normas e procedimentos internos do serviço e discussão com os enfermeiros peritos contribuíram para alcançar o objetivo específico conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, desde a entrada na unidade de cuidados intensivos coronários. No que respeita à UCIC, a PSC com EAM pode chegar à unidade, integrada na VVC, proveniente diretamente do meio PH (com equipa VMER ou SIV), da UH, do SUP do próprio centro hospitalar ou dos hospitais da rede de referência. As outras formas de acesso à UCIC são a consulta externa ou o serviço de internamento de cardiologia, em caso de descompensação hemodinâmica. No ano de 2014, 40% das pessoas com EAMcSST que deram entrada na UCIC eram provenientes do SUP do mesmo centro hospitalar, 30% de outros SUP da rede de referência, e 30% chegaram com acompanhamento do PH (Ferreira & Ferreira, 2016).

A UCIC pertence ao mesmo centro hospitalar do anterior estágio, sendo a unidade recetora da PSC com EAM proveniente desse SUP. Deste modo, foi possível beneficiar de maior compreensão da informação obtida do enfermeiro do SUP, pelo conhecimento dos procedimentos internos e dinâmica da equipa no contexto onde foram iniciados os cuidados, sendo este o conceito subjacente à dimensão informativa da CC. Trata-se de uma unidade de cuidados intensivos de nível III (DGS, 2003), dispondo de uma ala destinada à prestação de cuidados críticos, e de duas alas de cuidados críticos intermédios (UIE, 2013) A ala de cuidados críticos está organizada em módulos individualizados com lotação para 5 pessoas, com a possibilidade de vigilância centralizada num posto de enfermagem que permite a identificação imediata de alterações no estado da pessoa.

A PSC com EAM, integrada no protocolo da VVC, que realiza ICPP é internada na ala de cuidados críticos, e posteriormente, após estabilização hemodinâmica, transferida para a ala de cuidados críticos intermédios. Quando a ICP é programada,

a pessoa é primeiramente internada na UCIC, é efetuado o transporte intra-hospitalar para a UH, regressando após a realização da referida intervenção.

Na maioria das situações o internamento da PSC com EAM tem a duração média de 5 dias na UCIC (cuidados críticos e intermédios). No ano de 2014, das 200 pessoas com EAMcSST que receberam cuidados na UCIC, em 10% ocorreram complicações, sendo a mais comum o choque cardiogénico, com 32% de representação. A nível de mortalidade intra-hospitalar, no mesmo ano, teve um impacto de 6.5% na pessoa internada por EAMcSST. O perfil da PSC com EAMcSST internando na UCIC é caracterizado por: Idade média de 62 anos; género masculino (74%); excesso de peso; com fatores de risco de HTA (74%), fumador (51%), dislipidémia (42%) e diabetes (20%) (Ferreira & Ferreira, 2016).

No que se refere ao objetivo específico aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, durante o estágio senti necessidade de relembrar alguns conceitos, nomeadamente no que se referia aos cuidados específicos a prestar à PSC com necessidade de monitorização invasiva e relacionados com o período pré e pós-ICP, pelo que foi necessário realizar pesquisa bibliográfica sobre estes temas. A discussão de casos com o enfermeiro orientador foi importante para esclarecimento de dúvidas e consolidação de conhecimentos.

Os cursos realizados previamente, já descritos anteriormente, contribuíram também para o desenvolvimento de competências no cuidado à PSC na UCIC.

Decorrente das manifestações dos enfermeiros na sessão de formação realizada no estágio anterior, e partindo da perceção de que os malefícios da hiperoxigenação à PSC com EAM ainda não estão enraizados nas nossas práticas, após discussão com o enfermeiro orientador e docentes concluiu-se que seria importante a divulgação da evidência científica por diversos canais. Assim, participei nas Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, que decorreu nos dias 28 e 29 de janeiro de 2016, com um póster científico com o tema “Gestão da Oxigenoterapia na pessoa em situação crítica com EAM” (Anexo 5, Apêndice 3). O tema tratado no estágio anterior foi assim apresentado sobre outra forma (póster), tendo contribuído para a discussão e divulgação do conhecimento entre pares.

No que se refere ao objetivo específico prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, nomeadamente em situações de instabilidade hemodinâmica, a realização prévia da pesquisa bibliográfica acerca da prestação cuidados à PSC com EAM, e da importância da CC, bem como as competências desenvolvidas no anterior estágio, foram essenciais para o alcançar.

Sendo o EAM uma situação com risco de vida iminente, a monitorização hemodinâmica contínua da pessoa é essencial, para que se detetem precocemente alterações fisiopatológicas, e implementem as intervenções adequadas à sua correção. O enfermeiro de cuidados intensivos cardíacos vigia o traçado eletrocardiográfico, estando atento à possível ocorrência de alterações, em particular alterações do segmento ST e arritmias (Quilici *et al.*, 2014). O raciocínio clínico do enfermeiro permite atribuir significado aos sinais observados e atuar em conformidade para a sua resolução (Meyer & Lavin, 2005; Tanner, 2006). Ao longo deste estágio aprofundei conhecimentos na monitorização eletrocardiográfica, em particular na identificação e interpretação de alterações relacionadas com a isquemia do miocárdio. Os métodos de monitorização invasiva permitem uma vigilância contínua do estado hemodinâmico da pessoa, nomeadamente, a linha arterial que permite a vigilância contínua das pressões arteriais e a colheita frequente de sangue para realizar gasimetria arterial. A possibilidade de contactar diariamente com esta análise sanguínea, permitiu-me agilizar a sua interpretação relacionando com o estado clínico da pessoa, o que considerei ter sido muito importante para o desenvolvimento de competências, pois no meu contexto profissional não existe essa possibilidade. Prestei cuidados à pessoa na preparação para a colocação de cateter arterial periférico (linha arterial), colaboração na sua inserção, manutenção, e na posterior remoção (Quilici *et al.*, 2014). Ao longo do estágio desenvolvi competências na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, sendo para isso importante a leitura e interpretação dos dados fornecidos pelos métodos de monitorização hemodinâmica, aliada à observação e experiência do enfermeiro (Aehlert, 2007; Quilici *et al.*, 2014; Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

A PSC com EAM integrada na VVC que realiza ICPP necessita de cuidados intensivos, com vigilância do estado hemodinâmico, pois nas 24 horas após a intervenção existe maior risco da ocorrência de complicações. As principais

complicações são: a dor, arritmias de reperfusão, hematoma no local da inserção (quer o cateterismo seja realizado pela artéria radial ou femural), pseudoaneurisma (no local de inserção), e nefropatia de contraste (Quilici *et al.*, 2014), tendo neste período desenvolvido conhecimentos acerca das mesmas, e competências na sua prevenção e identificação precoce. Realizei sessões educativas de enfermagem sobre as práticas de cuidados que podem ajudar a pessoa a gerir a sua condição cardíaca, sendo que o tempo investido na relação interpessoal é muitas vezes recompensado pela realização de um melhor planeamento dos cuidados, quer no período hospitalar, quer na transição para o domicílio após a alta (David, Britting, & Dalton, 2015).

A avaliação, caracterização e monitorização da dor torácica é uma intervenção especializada de enfermagem, com particular importância na PSC com EAM, uma vez que este conhecimento pode sugerir se a causa é de origem cardíaca e isquémica (apresentação típica). Contudo, a contextualização com o conhecimento acumulado da pessoa são aspetos importantes que o enfermeiro considera no seu raciocínio clínico, pois a isquemia do miocárdio pode também ocorrer associada a dor com apresentação atípica (principalmente mulheres, idosos e diabéticos), ou mesmo sem dor (Benner, 2001; Quilici *et al.*, 2014; Tanner, 2006).

Durante o estágio desenvolvi competências na gestão da dor, procedendo à avaliação da intensidade (recorrendo à escala numérica da dor), caracterização e alívio da mesma, através da administração de terapêutica (nitratos e opiáceos) e medidas não farmacológicas. No que respeita às medidas não farmacológicas para alívio da dor, expliquei a importância do posicionamento mais indicado (*Fowler*), proporcionando, no entanto, a posição de alívio escolhida pela pessoa. Um ambiente calmo e a diminuição da ansiedade são medidas que também contribuem para alívio da dor, tendo contribuído para tal minimizando, sempre que possível, o ruído e explicando as intervenções à medida que as realizava. A transmissão da informação à pessoa acerca da sua situação clínica e procedimentos realizados contribuem para a diminuição da ansiedade, garantindo a continuidade dos cuidados (Boixo *et al.*, 2011).

A família é a unidade básica, sendo impensável separar a pessoa do seu contexto mais imediato, pelo que o internamento na UCIC tem repercussões em ambos. A situação clínica crítica do familiar constitui uma causa de ansiedade e medo para a

família, devendo o enfermeiro garantir a transmissão de informação adequada também à mesma (Cossette, Frasure-Smith, Vadeboncoeur, McCusker, & Guertin, 2015; Quilici *et al.*, 2014).

O enfermeiro de cuidados críticos cardíacos desenvolve um profundo conhecimento acerca das barreiras e soluções para os problemas que podem surgir no processo do cuidar, sendo importante para preparar a pessoa e família no período de transição do hospital para o domicílio de forma mais eficaz. Ao cuidarmos da família, estamos a cuidar também da pessoa (David *et al.*, 2015; Hanson, 2004; OE, 2002a).

Durante o estágio estabeleci relação interpessoal com a família, fornecendo informação que permitiu diminuir a ansiedade e envolvendo-a na prestação de cuidados da pessoa, nomeadamente, na alimentação (quando indicado). Este é um momento por excelência para o desenvolvimento da relação interpessoal com a família, pois permite que esta esclareça as suas dúvidas de forma mais informal. A capacidade de envolver a família nos cuidados cresce com a enfermeira, com o tempo e a experiência, não ocorrendo antes do estágio de competente de Benner (Benner, 2001). A experiência capacita a enfermeira, sensibilizando-a para os aspetos mais humanos e estabelecimento de relação interpessoal com a família (Arreciado Marañón, Estorach Querol, & Ferrer Francés, 2011; Boykin & Schoenhofer, 2001).

A monitorização do equilíbrio ácido-base e hidroeletrólítico é essencial para o estado hemodinâmico, uma vez que os distúrbios destes representam os principais problemas médicos que ocorrem na PSC na UCIC, tendo impacto na morbidade e mortalidade caso não sejam reconhecidos e/ou tratados adequadamente (Quilici *et al.*, 2014). Ao longo do estágio aprofundei conhecimentos na interpretação de gasimetrias arteriais, tendo implementado as intervenções adequadas à correção dos distúrbios identificados, nomeadamente, através da gestão da oxigenoterapia e correção iónica. A hipocaliémia, em particular, representa um maior risco para a PSC com EAM pela possibilidade de conduzir a arritmias cardíacas (quer sejam auriculares, como a fibrilação auricular, quer sejam ventriculares, como a taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular) (Quilici *et al.*, 2014).

A informação retirada da leitura da gasimetria arterial (tendo sido importante para esta atividade a realização do *workshop* anteriormente mencionado) é um dado

relevante a considerar pelo enfermeiro no cuidado à pessoa com VMI, cujo objetivo é a promoção de uma oxigenação e ventilação adequada (Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A.P., Germano, N., Caramelo, N., Dias, C., ... Borba, A., 2009). Desenvolvi competências na vigilância dos sinais de perfusão e interpretação dos valores dados pelo ventilador (nomeadamente, a frequência respiratória, volume corrente, volume minuto e pressão da via aérea), permitindo-me aferir acerca da função respiratória da pessoa. Exceto por ocorrência de complicações, na UCIC não é frequente a PSC com EAM iniciar VMI durante o internamento na UCIC, sendo mais frequente chegar à unidade já com o suporte ventilatório mecânico devido, nomeadamente, a um episódio de PCR em que ocorreu RCE.

Na prestação de cuidados à PSC submetida a VMI a manutenção da permeabilidade da via aérea é uma das intervenções do enfermeiro, sendo que a aspiração de secreções endotraqueais é um procedimento que visa a remoção mecânica das mesmas. Esse procedimento deve ser realizado mediante indicação criteriosa e baseado na evidência científica, para que daí não decorram complicações (AARC, 2010; Furtado, Santos, Moura, & Avelino, 2013) Este não deve ser realizado por rotina, mas de acordo com a necessidade individual de cada pessoa, devendo ser este o fator que dita a sua frequência. A recorrência à instilação de cloreto de sódio isotónico pelo tubo endo-traqueal deve ocorrer apenas na presença de secreções espessas (visto o seu objetivo ser fluidificação das mesmas), caso contrário estaremos a aumentar o risco de desenvolvimento de infeções (AARC, 2010; Veiga *et al.*, 2011).

O ser humano é complexo, exigindo do enfermeiro da UCIC competências técnicas altamente qualificadas, no entanto, tal não invalida o cuidar holístico (Boykin & Schoenhofer, 2001), sendo antes uma forma de individualizar os cuidados de Enfermagem. Deste modo, prestei cuidados à PSC com EAM auxiliados pela tecnologia, nomeadamente, através da implementação de intervenções fundamentadas na evidência, avaliando a necessidade de realizar a aspiração de secreções com base criteriosa através da avaliação e vigilância: dos sons respiratórios; saturação de oxigénio (coloração da pele, oximetria de pulso); padrão e frequência respiratória; parâmetros hemodinâmicos (frequência cardíaca, pressão arterial e traçado eletrocardiográfico); e parâmetros ventilatórios (PEEP¹³, volume

¹³ *Positive end-expiratory pressure*

corrente, pressão das vias aérea, FiO_2^{14}) (AARC, 2010). Todas as pessoas são únicas, pelo que o enfermeiro especializado presta cuidados individualizados que são contextualizados, sendo um elemento essencial para a CC (CARNA, 2008; Taylor, 2001).

A pneumonia associada à ventilação (PAV), constitui a infeção mais comum na PSC com VMI, definindo-se como uma infeção que ocorre 48 horas após a entubação traqueal, cujos agentes causadores não se encontravam em período de incubação na admissão da pessoa e 72 horas após o referido procedimento (Gonçalves, E. O., Lima, M.S., Melo, J. L., Pontes, M.S.R., Sousa, A.O.B., & Albernaz, M.P., 2015). Durante o estágio desenvolvi competências na prevenção da PAV, implementando intervenções de enfermagem para minimizar a sua ocorrência, nomeadamente através da aspiração de secreções endotraqueais (já mencionada), da elevação da cabeceira a 30° e realização da higiene oral (Wagner, Alves, Brey, & Waldrigues, 2015).

A realização de estudos de caso permitiu refletir criticamente sobre as práticas e obter maior compreensão das mesmas. Um senhor de 65 anos deu entrada na UCIC proveniente da UH, tendo realizado uma ICPP por EAMcSST previamente diagnosticado num SUP, após ocorrência de RCE por PCR (Fibrilhação Ventricular). As alterações encontradas no ECG permitiram realizar o diagnóstico, tendo corroborado com as encontradas no cateterismo cardíaco. O quadro 1 resume a informação obtida.

Quadro 1. Resumo de alterações eletrocardiográficas e zonas do miocárdio afetadas

ECG	Zona Miocárdio	Coronárias	Obstrução
Supradesnivelamento ST V1-V5	Parede anterior e lateral	Descendente Anterior	Total (100%); Por trombos
Infradesnivelamento ST DII, DIII e aVF	Parede inferior	Coronária Direita	Parcial (50-70%); Por trombos

¹⁴ Fraction of inspired oxygen

Tendo em conta a obstrução das coronárias identificada, foi realizada aspiração de trombos, dilatação com balão e colocação de *stent* revestido com fármaco apenas na coronária descendente anterior. A abordagem à coronária direita apresenta maior risco pelo facto de irrigar zonas onde se localizam os nódulos sinusal e aurículo-ventricular, pelo que, e uma vez que a obstrução não era total, o seu tratamento foi programado para uma fase posterior. Apesar da dose de carga de clopidogrel já administrado no SU, a antiagregação foi iniciada com ticagrelor por via oral, tendo sido também administrado um inibidor das glicoproteínas IIb/IIIa (abciximab), bem como heparina. O conhecimento acerca do tratamento realizado é importante para o planeamento de cuidados, nomeadamente, no que respeita à vigilância da dor, do traçado eletrocardiográfico e programação da altura em que poderá ser retirado o introdutor vascular colocado para o cateterismo cardíaco (Quilici *et al.*, 2014). Tendo em conta o referido, realizei o planeamento de cuidados, e procedi à transmissão da informação adicional pertinente para a garantia da CC dentro da equipa multidisciplinar da unidade e unidades de saúde recetoras em caso de transferência.

2.1.4. Unidade de hemodinâmica

Com vista a promover a CC de enfermagem à PSC com EAM, torna-se importante contactar com os cuidados prestados em todas as fases do seu percurso, pelo que o período de estágio na UCIC incluiu 19 horas na UH, o que me permitiu otimizar as competências desenvolvidas nos outros contextos.

Para o período na UH foi definido o seguinte objetivo específico:

- Conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, no meio intra-hospitalar na unidade de hemodinâmica;
- Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, com necessidade de realizar ICP;
- Prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, nomeadamente em situações de instabilidade hemodinâmica.

Nas unidades de hemodinâmica realizam-se técnicas terapêuticas que utilizam o cateterismo cardíaco, por via percutânea, como acesso ao coração, para efeitos de terapêutica de alterações estruturais do mesmo, quer a nível das artérias coronárias, quer de outras estruturas - cardiologia de intervenção (DGS, 2001). O cateterismo terapêutico engloba diferentes métodos de tratamento percutâneo, nos quais se inclui a ICP, que contempla o implante de *stents* (endopróteses) coronários (Quilici *et al.*, 2014).

Com vista a facilitar o alcance do objetivo delineado, foi necessário primeiro contactar com a estrutura física da UH, destacando a existência de três salas para a prestação de cuidados diretos. Uma destas está vocacionada para intervenções na área da arritmologia (como por exemplo, ablação do local de origem da arritmia, colocação de *pacemakers* e de cardiodesfibrilhadores), e as outras duas salas estão vocacionadas para a realização de angioplastias coronárias. A pessoa a necessitar de intervenção coronária pode aceder à UH proveniente da consulta ou internamento de cardiologia, da UCIC, ou diretamente do SUP ou do meio PH, integrada no protocolo da VVC.

A integração na equipa decorreu de forma gradual, tendo sido possível conhecer a dinâmica e funcionamento da mesma. Considerando a intervenção de enfermagem que guiou o estágio, durante o período na UH acompanhei o enfermeiro na prestação de cuidados apenas à pessoa com EAM, colaborando, nomeadamente, no acolhimento. No primeiro contacto o enfermeiro confirma os dados existentes no processo (identificação da pessoa, antecedentes pessoais, confirmação da intervenção programada), recolhe informação adicional que possa ser relevante para o cuidar, e esclarece a pessoa nas necessidades de informação identificadas. Em discussão com o enfermeiro perito percebi que, por vezes, e principalmente na pessoa com EAM, esta não se encontra totalmente esclarecida acerca do motivo do procedimento que irá realizar. Neste contexto, é necessário que a enfermeira intervenha no momento imediatamente antes da ICP, podendo consistir na transmissão da informação em simultâneo com o médico, caso implique a comunicação de um diagnóstico. Na sala de intervenção a equipa multidisciplinar é composta por dois enfermeiros, um médico de cardiologia de intervenção, dois técnicos de cardiopneumologia, e um auxiliar, tendo cada elemento a sua função bem definida. Após a intervenção a pessoa regressa à sala inicial onde foi realizado

o acolhimento, e fica em vigilância até ter alta (para o domicílio, internamento de cardiologia ou UCIC).

Para alcançar o objetivo aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, com necessidade de realizar ICP, foi essencial a pesquisa bibliográfica realizada, nomeadamente, acerca da preparação da PSC para a ICP e relativamente ao procedimento propriamente dito. Destaco também a discussão de casos com os enfermeiros peritos, que se revelaram essenciais para a aprendizagem.

Durante o período na UH colaborei nas intervenções de enfermagem realizadas no período antes, durante e após a ICP, contactando com as normas e protocolos internos do serviço.

A instabilidade hemodinâmica é um risco potencial na PSC com EAM, podendo ocorrer PCR. No período de estágio colaborei com a equipa multidisciplinar em situação de PCR, tendo verificado que, tal como no SUP, a existência de uma equipa com experiência tem um impacto nos resultados obtidos, relacionando-se com a capacidade de gestão de cuidados – dimensão da CC. Numa das situações vivenciadas, um senhor de 63 anos internado na UCIC com cirurgia cardio-torácica programada por EAMcSST devido a uma obstrução do tronco comum, desenvolveu um choque cardiogénico. Acompanhei a enfermeira no transporte intra-hospitalar até à UH, sendo que a equipa rapidamente se organizou e deu resposta à situação de emergência. Após a cateterização e durante a insuflação do balão para abertura do *stent*, ocorreu uma PCR), no entanto a maturidade experiencial da equipa permitiu que a ICP não fosse interrompida, e em simultâneo se realizassem compressões torácicas para manter o fluxo sanguíneo. Quando o *stent* foi colocado, permitindo a revascularização da zona afetada, o senhor recuperou pulso e consciência. É sempre muito enriquecedor verificar na prática como equipas treinadas fazem a diferença e salvam vidas, sendo esta uma ideia que se relaciona com o conceito “Dança dos Cuidadores” de Boykin & Schoenhofer (2001) e com os estádios de desenvolvimento de competências de Benner (2001). Na situação descrita todos os elementos desempenharam o seu papel, todos com a mesma importância, o que permitiu salvar a pessoa. No dia seguinte tive oportunidade de contactar com o senhor e família na UCIC, constatando que, apesar do pouco tempo que o acompanhei, estabeleci uma relação interpessoal significativa, tendo sido curioso

verificar que a última imagem que o senhor se recordava do episódio era a minha face (na sala de ICP antes da ocorrência de PCR).

Na UH a família pode acompanhar no período anterior ao procedimento quando o objetivo é apenas diagnóstico (com o cateterismo cardíaco), pois terá alta para o domicílio. No caso de uma situação de emergência, como a PSC com EAM integrada na VVC que realiza ICPP, há preocupação acrescida dos profissionais em transmitirem informação à família antes e/ou depois da intervenção. É fornecida a informação sobre a situação clínica do familiar, a intervenção que irá realizar, e, posteriormente, como decorreram os cuidados prestados. Como já foi referido, esta é a informação que a família mais valoriza, e contribui para diminuir a sua ansiedade (Ausloos, 2003; Redley *et al.*, 2003).

Os conhecimentos e competências desenvolvidas nos estágios anteriores, contribuíram para a otimização da aprendizagem e para o alcance desde objetivo. Do mesmo modo, os conhecimentos e competências desenvolvidas na UH contribuíram para o aprofundamento dos objetivos delineados para os estágios anteriores, nomeadamente no que se refere à preparação da pessoa para o transporte para esta unidade (como por exemplo, as características e localização do acesso venoso periférico), durante o transporte, e na transmissão da informação entre unidades (informação crítica mais importante para a CC entre as equipas do PH/SU e UH).

2.2. Serviço de emergência médica na Suécia

Em Portugal, o enfermeiro iniciou a prestação de cuidados de enfermagem na ambulância SIV em 2007, sendo o resultado de um projeto piloto que se iniciou em Odemira. A criação do meio de emergência SIV teve como objetivo principal a intervenção em situações em que o tempo é um fator crucial, pois nos locais onde os meios diferenciados de Emergência Médica se encontram muito distante é difícil o seu envio em tempo útil (INEM, 2007b).

Aquando do delineamento do percurso de aquisição de competências defini a realização de um estágio num contexto de prestação de cuidados de enfermagem de emergência no meio PH semelhante que pudesse, em simultâneo, contribuir para

a otimização da minha prestação de cuidados junto da PSC, e constituir uma base para a reflexão sobre a prática e papel da Enfermagem no meio pré-hospitalar.

Através da pesquisa na literatura tomei conhecimento que na Suécia o enfermeiro iniciou gradualmente a prestação de cuidados no meio PH na década de 90, sendo que anteriormente os profissionais existentes eram apenas técnicos e médicos. Em 1997, uma tese de mestrado do Enfermeiro Björn-Ove Suserud conclui que os cuidados de enfermagem no meio pré-hospitalar vieram oferecer uma qualidade que até então não existia (Suserud & Haljamäe, 1997). Outros estudos se seguiram tais como “*Nurse competence advantageous in pre-hospital emergency care*”, que vieram reforçar a importância do enfermeiro no PH. Este primeiro estudo concluiu que o nível de competência dos profissionais existentes na ambulância era insuficiente para as exigências da altura, sendo necessário o envolvimento de enfermeiros (de preferência com a especialidade de anestesia e cuidados intensivos) no Sistema de Emergência Médica Pré-Hospitalar, para que se satisfizessem as exigências de qualidade da população (Suserud & Haljamäe, 1999). Os resultados destes estudos iniciaram uma mudança na visão dos cuidados prestados à pessoa no meio PH, conduzindo a alterações na organização do sistema de emergência médica pré-hospitalar na Suécia. Em 2005, surge a determinação, pelo *Sweden National Board of Health and Welfare*, de que seria proibida a administração de fármacos por qualquer profissional que não de saúde, tendo sido esta decisão determinante para o rápido desenvolvimento da enfermagem de emergência PH (Berntsson & Hildingh, 2013).

Destes acontecimentos decorreu o enquadramento legal para o exercício profissional do enfermeiro no PH e a criação do curso de mestrado *Specialist Ambulance Nurse*. Atualmente existem profissionais com três níveis de competência nos cuidados à pessoa em situação crítica no pré-hospitalar: *Specialist Ambulance or Registered Nurses; Physicians*; e *Emergency Medical Technicians* (categoria que representa a minoria dos profissionais e com tendência a extinguir) (ver Apêndice 4). O sistema de emergência médica é, portanto, baseado nos cuidados de enfermagem, pois todas as equipas das ambulâncias incluem obrigatoriamente enfermeiros (NBHW, 2013; Suserud, 2001).

Na Suécia, de 2003 a 2013, ocorreu um decréscimo na mortalidade de 18% na mortalidade pós-EAM a 365 dias, de 15% a 28 dias, e de 5% na ocorrência de morte

no momento do incidente (NBHW, 2013). A qualidade dos cuidados transparece também num documento comparativo dos Sistemas de Saúde entre a Suécia e a Inglaterra, na medida em que a Suécia apresenta valores de anos de vida perdidos por doença isquémica cardíaca muito inferiores (Inglaterra-14 e Suécia-10) (Bidgood, 2013).

Pelos motivos citados, o meio PH escolhido para o estágio foi a Suécia, tendo decorrido na cidade de Gotemburgo, de 29 de fevereiro a 11 de março. O objetivo específico delineado foi o seguinte:

- Conhecer o percurso da pessoa em situação crítica com SCA, em particular com EAM, no pré-hospitalar num meio internacionalmente reconhecido como referência na área.

Com vista a alcançar o objetivo específico definido contactei com a estrutura e organização do serviço integrado de emergência médica da Suécia através da realização do estágio de observação nos vários meios de resposta existentes, tendo a observação sido complementada com a discussão com o enfermeiro orientador.

A Suécia, com 9,7 milhões de habitantes, dispõe de 69 hospitais com capacidade para tratar pessoas com doença coronária aguda, sendo que 28 destes têm UH. Anualmente são hospitalizadas cerca de 19000 pessoas por EAM, sendo 4500 destas por EAMcSST. Em 2013 a ICP foi o primeiro tratamento escolhido em 93% das situações para a revascularização do miocárdio. A trombólise é utilizada em zonas em que se verifica a necessidade de percorrer elevadas distâncias, como acontece na zona norte da Suécia (Thylen, Ericsson, Hellstrom Angerud, Isaksson, & Sederholm Lawesson, 2015; Jernberg, 2015).

Em comparação a realidade portuguesa, com 10,6 milhões de habitantes, dispõe apenas de 39 hospitais com capacidade para tratar pessoas com doença coronária aguda, sendo que 15 destes têm UH (DGS, 2001; INEM, 2011; PNDCC, 2015). De acordo com o Relatório da Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números, em 2014 foram hospitalizadas 14030 pessoas por EAM em Portugal. Não foi possível obter o número de pessoas que apresentavam EAMcSST por não se encontrar especificado no documento referido, no entanto no mesmo ano foram realizadas 3480 ICP primárias, sendo esse um dos principais critérios de eleição para a escolha deste método de revascularização cardíaca como primeiro tratamento (Kolh *et al.*, 2014; PNDCC, 2015a; PNDCC, 2015b).

Numa primeira análise, conclui-se que apesar de Portugal ter uma densidade populacional superior à Suécia (mais cerca de 1 milhão de habitantes), dispõe de um número inferior de hospitais com capacidade para tratar SCA (menos 30 hospitais), bem como de UH especializadas para o tratamento no EAM (menos 13 unidades). Desta análise poder-se-á depreender que a PSC com EAM terá uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde para tratamento desta situação clínica em Portugal. Ao analisar o Relatório das Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números de 2015, da DGS, verifica-se que no item de avaliação da acessibilidade à UH, o tempo médio de espera após a indicação para coronariografia em Portugal Continental foi de 24,2 dias, representando também um aumento de 42% em relação ao ano anterior (PNDCC, 2015a), o que corrobora a hipótese levantada. Contudo, em ambos os países as doenças cardiovasculares representam a primeira causa de morte (OSS, 2016; PORDATA, 2014).

Em particular Gotemburgo, a segunda maior cidade da Suécia a seguir a Estocolmo, com 980347 habitantes na área metropolitana, dispõe de três hospitais, um deles com centro de ICP (Jernberg, 2015; Statistic Sweden, 2015). Comparando com a área metropolitana de Lisboa, com 2810923 habitantes, esta possui 8 hospitais, dos quais 5 com UH, pelo que se conclui que a única UH de Gotemburgo serve um maior número de população em comparação com as existentes em Lisboa (1 UH/562 184,6 habitantes em Lisboa, e 1 UH/980347 habitantes em Gotemburgo) (PNDCC, 2015b; PORDATA, 2015).

2.2.1. Meio pré-hospitalar

Durante o estágio acompanhei o enfermeiro orientador de estágio na prestação de cuidados à PSC com EAM no meio PH, na ambulância e viatura de atendimento prioritário. Constatei que a prestação de cuidados de enfermagem no local (relativamente ao tratamento implementado) não difere da realidade portuguesa, sendo essa uma das vantagens da difusão de orientações internacionais para os cuidados. Contudo, foi curioso verificar que enquanto em Portugal o antiagregante ticagrelor tinha sido recentemente incluído na terapêutica a administrar à pessoa com EAM, na Suécia estava a ser retirado do meio PH (Redfors, Angerås, Petursson, Råmunddal, & Omerovic, 2015). Esta medida foi implementada com base num estudo recente que comprova que os benefícios da sua administração não se

relacionam com o tempo de administração (Silvain *et al.*, 2015). No estudo “*P2Y12 Receptor inhibition according to prehospital administration of ticagrelor in primary PCI for ST elevation myocardial infarction: the private-ATLANTIC study*” os autores concluíram que a inibição plaquetária verificada na pessoa, no momento da angiografia coronária para avaliação da reperfusão, não era muito diferente, quando comparando a sua administração no meio PH ou intra-hospitalar (89,8% e 93,9%, respetivamente). Com uma diferença temporal de 41 minutos entre a administração no meio PH e intra-hospitalar, as primeiras diferenças verificaram-se imediatamente após a ICP (80,5%, quando administrado no PH, e 93,8%, quando administrada no meio hospitalar), e atingiram valores máximos 1 hora após o referido procedimento (46,2% e 86,9%, respetivamente) (Silvain *et al.*, 2015). Estes resultados e o facto da administração de ticagrelor no PH ser suportada apenas pelo menor risco de trombose do *stent* (Montalescot *et al.*, 2014), motivaram, na Suécia, a retirada deste medicamento do meio PH e a sua administração passou a ser iniciada apenas no meio intra-hospitalar (Redfors *et al.*, 2015). Considerando os resultados do estudo de Silvain *et al.* (2015), julgo que esta medida poderia ser implementada em Portugal no PH (SIV e VMER) nos meios urbanos que dispusessem de uma UH na sua área de influência, onde é possível que a PSC com EAM chegue ao meio hospitalar em 41 minutos. Contudo, tratando-se de um estudo com uma amostra pequena (n=37) e considerando o meu contexto profissional em que a chegada à UH poderá ocorrer em tempos superiores (cerca de 2 horas), não é possível fazer qualquer extrapolação dos resultados. O início de ação do antiagregante plaquetário em causa ocorre aos 30 minutos, tendo o seu pico máximo entre as 1,5 e 3 horas, pelo que penso que poderá ser benéfica a sua administração ainda no meio PH em contextos seleccionados, na medida em que o início da ação inibitória da ativação plaquetária contribui para impedir o fenómeno da trombogénese (Aehlert, 2007; Fonseca, C., Alves, J., & Araújo, F., 2014; Kowalczyk, M., Banach, M., Mikhailidis, D., Hannam, S. & Rysz, J., 2009;). Confrontando com as orientações de 2015 do Conselho Europeu de Ressuscitação, estas contemplam a possibilidade da administração deste fármaco tanto no meio PH como intra-hospitalar. Julgo que será importante a realização de mais investigação neste sentido, envolvendo uma amostra de maior dimensão e em diferentes contextos; no entanto é um dado relevante que deverá ser tido em consideração, e cujos desenvolvimentos deverão

ser acompanhados com vista à prestação dos melhores cuidados apoiados na melhor evidência científica disponível no momento.

Comparando com a realidade portuguesa, constatei que os enfermeiros têm mais autonomia e, inevitavelmente, mais responsabilidade, facto este que se deve ao reconhecimento das competências inerentes à profissão de enfermagem. Os enfermeiros avaliam, fazem o diagnóstico de enfermagem, implementam o tratamento e decidem se a pessoa necessita de continuar o tratamento, bem como qual o local mais adequado para o receber. No caso específico da suspeita de EAM, essa decisão é partilhada com uma equipa especializada da UCIC que receciona o ECG e avalia a necessidade de transporte para a UH ou UCIC.

Nesta perspetiva, os enfermeiros têm uma intervenção determinante na gestão dos cuidados (dimensão da CC), assegurando que a pessoa recebe o tratamento adequado na altura certa. A avaliação inicial inclui ainda uma triagem PH designada por REETS¹⁵, que é baseada na avaliação dos sinais vitais e sintomas, de acordo com o que motivou o pedido de ajuda, permitindo atribuir um nível de prioridade clínica da pessoa, classificado por cores (ver Apêndice 4). Esta avaliação auxilia ainda a tomada de decisão, nomeadamente no que se refere à necessidade de acompanhamento de enfermagem e urgência em ser observado no SU. O sistema de triagem existente nos hospitais é o mesmo, o que facilita a comunicação com os profissionais no SU e otimiza a prestação e gestão da CC. Deste modo, este sistema de triagem promove ainda a CC na medida em que há uma uniformização na avaliação (por exemplo, a equipa do SU que recebe uma pessoa a quem foi atribuída a prioridade muito urgente – cor laranja – no meio PH, sabe *a priori* quais os critérios utilizados para essa classificação). Após a transferência da pessoa para o SU, dado que a informação oral entre as equipas e a entrega do formulário de triagem REETS visam o enfoque na informação crítica importante para a CC no momento, o enfermeiro complementa os registos de enfermagem (mais pormenorizada) numa plataforma existente no referido serviço, para que não ocorra perda de informação. Em Portugal, no meu contexto profissional (ambulância SIV) a plataforma de registo de cuidados de Enfermagem é igualmente promotora da CC entre o meio PH e a unidade hospitalar recetora. O enfermeiro efetua os registos

¹⁵ *Rapid Emergency Triage and Treatment System*

numa plataforma informática (iCARE ^{®16}), que permite o preenchimento de campos específicos, bem como de redação de texto livre. Este sistema possibilita o envio direto por email para o hospital onde a pessoa será transferida. Deste modo, a equipa recetora (seja o SU, seja a UH) tem acesso à informação antecipadamente, permitindo uma organização prévia e individualizada dos cuidados.

Através da observação da intervenção do enfermeiro detetei que o ambiente de cuidados é calmo e caracterizado pela proximidade e contacto visual com a pessoa, elementos promotores do desenvolvimento interpessoal (CC). Julgo que o facto de na Suécia os enfermeiros no PH também prestarem cuidados à pessoa com situações classificadas como de menor prioridade (Prioridade 2 e Prioridade 3) contribui para tal, pois nem sempre existe risco real ou potencial de vida, mas ainda assim denota-se que é algo intrínseco à postura do enfermeiro. Relaciono esta atitude com o cuidar da teoria *Nursing as Caring*, em que as autoras o descrevem como holístico e intrínseco ao enfermeiro, que se desenvolve de forma altruísta, honesta e autêntica, com impacto positivo no processo de recuperação e cura (Benner, 2001; Boykin & Schoenhofer, 2001). Estar no papel de observadora dos cuidados, em que havia uma barreira linguística, obrigou-me a estar mais atenta à linguagem corporal, tanto do enfermeiro como da pessoa. O aspeto que mais me chamou a atenção foi o contacto visual, na medida em que o enfermeiro olha diretamente nos olhos, posicionando-se à mesma altura da pessoa. Observei a atenção, a tranquilidade e compaixão com que o enfermeiro ouve a história da pessoa, entrando no seu mundo, com a intenção autêntica de a conhecer, à medida que a relação interpessoal cresce no cuidar (Boykin & Schoenhofer, 2001). A título de exemplo, numa das ativações da ambulância de emergência foram prestados cuidados a uma senhora com hipoglicémia, que se encontrava sentada no chão do seu domicílio, com dificuldade em se levantar. A enfermeira sentou-se no chão à sua frente, realizando toda a avaliação, início do tratamento e anamnese nessa posição, e só posteriormente é que a senhora foi auxiliada a deambular até ao seu quarto. A equipa contactou o filho (que se deslocou ao domicílio da mãe), bem como a enfermeira dos cuidados de saúde primários, e foi tomada uma decisão partilhada entre os vários intervenientes sobre qual o melhor plano de cuidados a implementar, quer do ponto de vista físico, psíquico e social. Nesta situação foi perceptível o

¹⁶ Integrated Clinical Ambulance REcord

impacto que os cuidados de enfermagem no meio PH podem ter na saúde da pessoa e família, não só na situação crítica do ponto de vista físico, mas também numa situação que não deixa de ser “crítica” para as famílias, do ponto de vista psíquico e social. As competências do enfermeiro no meio PH em Portugal ainda estão por explorar, mas creio que o Sistema Integrado de Emergência da Suécia será com certeza uma forma de organização e gestão modelo a acompanhar.

Junto com a autonomia vem inevitavelmente a responsabilidade que os enfermeiros assumem, havendo uma preocupação e investimento no desenvolvimento de competências através da realização de sessões de formação em serviço semanais e da estimulação para a especialização a todos os enfermeiros, até porque o ensino superior é gratuito. A formação é um fator importante para o crescimento nos níveis de competência na Enfermagem (Benner, 2001).

2.2.2. Unidade de cuidados intensivos coronários

No decurso do estágio, com vista a obter uma melhor compreensão do percurso da pessoa com EAM efetuei também um estágio de um turno na UCIC tendo sido possível observar a receção do ECG e passagem de dados do enfermeiro no PH. A avaliação é feita por uma equipa especializada composta por dois enfermeiros. O enfermeiro que atende a chamada fala com o colega do PH e analisa o ECG enviado, identificando se existem sinais de isquemia aguda. Esta decisão é sustentada pelas informações dadas pelo segundo enfermeiro que tem a responsabilidade de, em simultâneo, consultar o processo clínico da pessoa para, nomeadamente, confrontar com diagnósticos e ECG anteriores, permitindo-lhe determinar se as possíveis alterações são novas. O facto de estar disponível a informação relativa ao seu histórico permite uma avaliação contextualizada da pessoa e não apenas do episódio atual. Esta possibilidade é promotora dos cuidados individualizados, dado que, por vezes, pequenas alterações podem ter outra dimensão e significado quando contextualizadas (Benner, 2001; Boykin & Schoenhofer, 2001; CARNA, 2008). Após a avaliação conjunta, os enfermeiros preenchem um formulário que inclui uma *check-list* de alterações eletrocardiográficas (elevação do segmento ST \geq 1mm em duas derivações contíguas; infradesnivelamento do segmento ST; Bloqueio Completo de Ramo

Esquerdo antigo ou de novo; Ritmo de pacemaker; Arritmia (e qual o tipo); Ritmo sinusal/ou outro) que podem justificar a ativação da equipa da UH ou da UCIC. A tomada de decisão é feita pela equipa de enfermeiros da UCIC; no entanto se considerarem necessário, podem ainda consultar o médico cardiologista que está em presença física na unidade 24 horas/dia. A UCIC dispõe ainda de uma norma interna que determina o acesso direto ao serviço na presença de suspeita de recidiva de EAM com alta da UCIC há menos de 30 dias, sendo também esta uma medida importante para a CC que o enfermeiro no PH deve considerar.

2.2.3. Unidade de hemodinâmica

O estágio incluiu também a observação dos cuidados prestados na UH durante um turno, tendo tido a oportunidade de observar a articulação do meio PH com o intra-hospitalar na situação da PSC com EAMcSST. A passagem de informação é efetuada oralmente com enfoque na caracterização e tempo de evolução da dor, alterações eletrocardiográficas encontradas e medicação administrada no PH, sendo esta a informação crítica com impacto positivo na CC (Boixo *et al.*, 2011). Esta passagem de informação é complementada pelo ECG já enviado previamente para a UCIC, e o formulário de triagem REETS.

2.2.4. Universidade de Borås: Departamento de investigação pré-hospitalar e conferência internacional PreHospem 2016

Durante o período de estágio tive oportunidade de visitar o Departamento de Investigação Pré-hospitalar (PreHospem) da Universidade de Borås, que realiza investigação através de colaborações a nível nacional e internacional. Fui recebida pelo Senhor Enfermeiro Björn-Ove Suserud, elemento da coordenação do departamento e autor dos estudos anteriormente referenciados, que contribuíram para a existência de enfermeiros em todos os meios de emergência PH, tendo tido a oportunidade de o entrevistar (Apêndice 5).

Tendo como foco a intervenção do enfermeiro a nível pré-hospitalar, abordei o tema do processo que conduziu à atual legislação que define a obrigação da existência de enfermeiro em todas as ambulâncias no país. Segundo o Enfermeiro Suserud foi essencial o apoio dos restantes profissionais de saúde, designadamente

a classe médica. Estes reconheciam a importância do enfermeiro na prestação de cuidados de qualidade, bem como na continuidade dos cuidados, sendo a ponte entre os meios pré e intra-hospitalar. Havia a intenção de elevar o nível de competência dos profissionais que prestam cuidados no meio pré-hospitalar, na medida em que a pessoa que recebe os primeiros cuidados fora do hospital deve ter os mesmos direitos que outra que se dirige ao SU. Deste modo, foi dada a oportunidade aos técnicos de emergência fazerem o curso de Enfermagem, financiados pelo governo, de modo a que pudessem permanecer nos seus locais de trabalho (ver Apêndice 5). Considero que esta foi uma medida com benefício para todos os intervenientes, desde os profissionais às pessoas que agora podem receber cuidados diferenciados no meio PH, de forma igual, quer vivam no meio urbano ou rural. Na minha perspetiva, esta medida deveria ser tida como exemplo para Portugal, ainda que pudesse ser adaptada à nossa realidade. Atualmente no SIEM em Portugal temos disponíveis os profissionais (enfermeiros e técnicos) e os meios, pelo que a definição da equipa base das ambulâncias de emergência (de cuidados de saúde) para um enfermeiro e um técnico seria uma medida relativamente económica, com elevado impacto positivo na qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

Tive ainda a oportunidade de questionar acerca dos projetos de investigação já concluídos e em desenvolvimento, destacando alguns dos que se relacionam com o cuidado à PSC com EAM: *A study of variability in the time elapsed before medical care is received for acute pain/discomfort in the chest; Evaluation of pre-hospital care in Västra Götaland in cases of acute myocardial infarction; e The significance to survival of raising a patient's legs during CPR* (Apêndice 6).

O departamento produz conhecimento na área dos cuidados de emergência PH, tendo ficado surpreendida com o elevado número de estudos em curso (catorze) e já concluídos (dezanove), quando esta área em Portugal ainda tem muito por explorar. A investigação e a produção de conhecimento são o futuro da Enfermagem de emergência, caso queiramos dar visibilidade ao que fazemos, participar nas políticas de saúde e afirmar o nosso papel nesta área.

Durante o período de estágio tive ainda oportunidade de assistir e participar numa conferência internacional sobre os cuidados de emergência pré-hospitalar, que decorreu na Universidade de Borås de 9 a 11 de março de 2016 (Anexo 6, Apêndice

7). A conferência integrava uma exposição e concurso de pósteres científicos, no qual participei com um estudo quantitativo com desenho descritivo-exploratório, sobre a forma de póster, intitulado “*Nursing Prehospital care in a rural region of Portugal – Transforming difficulties in opportunities*”, que refletia a percepção dos enfermeiros da ambulância SIV de Odemira, relativamente à influência das características do concelho no cuidado prestado à PSC, nomeadamente com dor torácica (Apêndice 8). O estudo concluiu que a grande extensão do concelho de Odemira e as longas distâncias aos hospitais com UH, dificultam o cumprimento das orientações do Conselho Europeu de Ressuscitação para 2015 para a reperfusão do miocárdio, sendo necessária a implementação de novas estratégias para melhorar a acessibilidade aos melhores cuidados disponíveis. Por outro lado, o facto do enfermeiro passar mais tempo com a PSC promove o desenvolvimento de competências na vigilância e tomada de decisão dos enfermeiros de emergência PH. Estas competências podem aumentar a segurança da pessoa, apesar das características geográficas adversas do concelho.

Com base na experiência profissional e conhecimento do território, fundamentado com os conhecimentos aprofundados ao longo dos estágios, foram estabelecidas algumas sugestões para melhorar o cuidado à PSC com EAM neste contexto específico: a) recorrer à fibrinólise no meio PH (se o tempo de transporte para o hospital com UH for superior a 30 minutos); b) considerar com mais frequência o transporte por via aérea, com vista a reduzir o tempo até à UH; c) enviar o ECG da ambulância SIV diretamente para a UH; d) melhorar a rede de referência para a UH para a zona de Odemira; e) reduzir o tempo desde o surgimento dos primeiros sintomas e o alerta, através da educação da população localmente; f) aumentar o nível de prioridade na assistência à PSC com dor torácica em regiões com dificuldades na acessibilidade, com vista a aumentar a qualidade da primeira avaliação (ambulância SIV). Algumas pessoas que assistiram à apresentação do póster manifestaram que se tratava de um assunto pertinente, efetuando questões de maior detalhe acerca da realidade portuguesa no que se refere ao cuidado à PSC com EAM. Um Professor da Universidade de Borås e Investigador do Departamento de Investigação Pré-hospitalar, Johan Herlitz, incentivou o desenvolvimento da investigação iniciada, na medida em que o facto de se tratar de um local (Odemira) com dificuldades na acessibilidade, leva a que exista um grande potencial para a

produção de conhecimento, contribuindo para a melhoria dos cuidados e resultados da pessoa.

Eventos como esta conferência são essenciais para a divulgação do conhecimento, elemento importante para o desenvolvimento de competências.

A possibilidade de realizar um estágio na Suécia foi muito enriquecedora a nível académico e profissional. Permitiu-me contactar com os cuidados de emergência pré-hospitalar e intra-hospitalar, e realizar a comparação com a minha realidade, tendo conseguido identificar alguns aspetos divergentes, e outros que seriam exequíveis na realidade portuguesa, com benefício para a CC à PSC, nomeadamente com EAM.

Na minha perspetiva, a grande diferença entre o sistema de emergência sueco e o português não está nos meios, nem nos recursos humanos, mas no conceito subjacente à sua organização. O sistema de emergência médica está baseado nos cuidados de enfermagem, e perspetiva a pessoa para além da situação crítica com risco de vida iminente, enquanto em Portugal os cuidados de emergência PH dirigem-se unicamente para a resolução da situação crítica do momento. Há um reconhecimento das competências do enfermeiro e na qualidade dos cuidados de Enfermagem, que se traduz pela não necessidade de validação médica prévia para determinadas intervenções, como seja a administração de medicação. O facto de a equipa ser composta por dois enfermeiros permite a discussão e a decisão partilhada entre profissionais, o que promove a segurança dos cuidados. É certo que em ambiente SIV a tomada de decisão envolve dois profissionais de saúde (enfermeiro SIV e médico regulador CODU), no entanto um deles não está em presença física, sendo que esse facto condiciona à partida a sua avaliação.

Em Portugal, temos ambulâncias bem apetrechadas, com equipamentos de qualidade, e forma de registar os cuidados de enfermagem, bem como enfermeiros motivados e com competências para assumir um papel mais ativo na tomada de decisão no meio PH. Apesar de as ambulâncias SIV terem sido criadas em 2007, e de comprovarmos diariamente na prática que fazemos a diferença no cuidado à PSC no meio PH, efetivamente ainda não conseguimos afirmar o nosso papel. O facto de não registarmos (pela dificuldade em gerir o tempo na prestação de cuidados, motivada pela existência de rácios enfermeiro-pessoa que não espelham as recomendações da Ordem dos Enfermeiros) todas as intervenções que realizamos,

bem como a insuficiente investigação desenvolvida nesta área, dificultam que possamos provar através da evidência científica a mais-valia da presença do enfermeiro. Da minha experiência perceciono que não há um consenso entre a classe médica quanto à importância da prestação de cuidados de enfermagem no meio PH, facto este que tem influência na autonomia do enfermeiro em contexto SIV. Esta percepção foi corroborada pela experiência partilhada pelo Senhor Enfermeiro Suserud ao reconhecer que a participação do enfermeiro tem sido um elemento determinante na mudança de paradigma.

A implementação do sistema de triagem RETTS é de fácil utilização e poderia otimizar os meios SIV em Portugal, na medida em que o critério para transporte da PSC para os hospitais seria igual para todas as situações, e não apenas dependente da avaliação do momento que varia de acordo com o médico regulador que está no CODU.

No que se refere especificamente ao cuidado à PSC com EAM, em Portugal, o ECG não é enviado diretamente para o hospital com UH, mas sim para o CODU onde é avaliado por um médico. Se este identificar a necessidade de transferir para a UH, entra em contacto com o colega e só depois a equipa SIV é informada de qual o hospital de destino. É necessária uma dupla verificação médica de um exame no qual o enfermeiro já identificou alterações eletrocardiográficas compatíveis com isquemia do miocárdio. Desta forma, despende-se de tempo importante, numa situação em que “tempo é músculo”, que poderia ser diminuído com o envio direto do ECG para a UH. Penso que seria uma medida de fácil implementação em Portugal e com ganhos em saúde, pois a pessoa com EAM chegaria mais rapidamente a um centro com capacidade para ICP.

Saliento ainda uma outra grande diferença entre ambos os sistemas de emergência, o sueco e o português, que está relacionada com o facto de todas as situações de emergência na Suécia, independentemente do nível de prioridade, serem atendidas por enfermeiros, ao passo que em Portugal o meio SIV só é ativado para situações de P1¹⁷. Isto permite que, com base no diagnóstico de enfermagem, se possa oferecer à pessoa alternativas ao serviço de urgência, pois estes fazem a ponte com o meio intra-hospitalar. O enfermeiro desenvolve uma relação

¹⁷ P1 - Prioridade 1, numa classificação de 1 a 3, em que 1 representa a prioridade máxima de atendimento pela maior gravidade do estado da pessoa

terapêutica, ligando os cuidados de enfermagem passados aos que necessita no presente, e aos que virá a necessitar no futuro – relação interpessoal do CC (CARNA, 2008).

Concluindo, a enfermagem PH encontra-se mais desenvolvida na Suécia no que se refere à produção de conhecimento (manifestada pelo número de artigos publicados sobre a evidência do cuidado de enfermagem no meio PH) e ao nível de investigação alcançado. A evidência científica produzida realça as competências do enfermeiro no meio PH, facto que contribuiu para o surgimento de um sistema de emergência de saúde assente essencialmente nos cuidados de enfermagem.

3. CONCLUSÃO

A RIL, o desenvolvimento de conhecimentos em aula e cursos realizados, bem como o contacto com outros profissionais de saúde peritos no cuidado à PSC, e a prestação de cuidados nos diferentes contextos, foram essenciais para o desenvolvimento de competências na garantia da CC à PSC com EAM em todo o seu percurso, desde o meio PH até à UCI.

O enfermeiro cuida da PSC ao longo de todo o processo, sendo algo que lhe é intrínseco, podendo resultar na menor visibilidade e valorização de algumas intervenções que garantem a CC, até pelos próprios. Assim, é importante a compreensão mais profunda do conceito da CC, pois permitirá que os enfermeiros reflitam sobre o impacto dos seus cuidados nos *outcomes* da pessoa. O estudo mais aprofundado da teoria *Nursing as Caring* permitiu-me descobrir um enquadramento para a minha prática diária em contexto de cuidados de emergência, com enfoque no cuidar genuíno. Todos os enfermeiros que praticam uma enfermagem reflexiva, estão a criar e a viver situações de enfermagem, pois de forma expressa ou tácita a intenção de cuidar da enfermagem está presente. Para as autoras desta teoria, o cuidar é o núcleo da Enfermagem, sendo que me revejo por completo nesta visão (Boykin & Schoenhofer, 2001).

A intervenção do enfermeiro de urgência é determinante na gestão dos cuidados, assegurando que a pessoa recebe os cuidados adequados no tempo recomendado. Sendo a minha experiência profissional na área da prestação de cuidados de emergência (pré e intra-hospitalar), considero que o período de estágio no SUP e VMER foi otimizado por esse aspeto, e considero que este contexto foi essencial para o desenvolvimento de competências no cuidado à PSC com EAM. A observação e reflexão contínua tiveram impacto direto na ação (prática), contribuindo para a otimização da minha prestação enquanto enfermeira, alicerçada na responsabilidade profissional, ética e legal, manifestando-se por uma maior segurança na intervenção, tomada de decisão e competências relacionais.

O estágio na UCIC e UH permitiram o contacto com os cuidados prestados à PSC com EAM no período imediato pré-ICP, durante o procedimento e pós-ICP. No meu contexto profissional presto cuidados à PSC integrada na VVC, - tanto a nível PH (SIV) como intra-hospitalar (SUB) - sendo que o conhecimento adquirido otimizou a

minha prática, nomeadamente, na preparação da pessoa para a ICPP e na informação transmitida aos colegas da UH, bem como à própria pessoa/família, o que, por sua vez, tem impacto na CC.

O estágio na Suécia foi uma experiência importante que permitiu a confrontação da realidade portuguesa com a sueca no que se refere à visão e organização dos cuidados de emergência, e em particular a intervenção do enfermeiro no PH, tendo identificado vários aspetos com impacto positivo na CC e que têm subjacentes conceitos da teoria de enfermagem *Nursing as Caring*. Os enfermeiros portugueses são profissionais qualificados e motivados, o que se manifesta pelo investimento pessoal em formação pós-graduada (nomeadamente, especializações e mestrados), possuindo competências que não são devidamente exploradas nas políticas de saúde. Os benefícios para a PSC, os ganhos em saúde e o impacto na redução de custos a médio e longo prazo que resultariam do aumento do número de enfermeiros com competências acrescidas no cuidado à PSC no meio PH ainda está por desvendar, sendo que considerando a realidade Sueca perspetiva-se que o impacto seja bastante positivo.

A participação numa conferência internacional de cuidados pré-hospitalares permitiu o contacto com diversos investigadores de todo o mundo, e constatar como o conhecimento está desenvolvido na área dos cuidados de enfermagem no meio PH. A participação com um póster científico que teve por base a realização de um estudo exploratório-descritivo na minha unidade foi gratificante, vendo esta experiência como impulsionadora para continuar a investir na investigação.

Como já referido, o estágio teve como objetivo o desenvolvimento de competências na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica, concretamente na garantia da continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com SCA, em particular na situação do EAM. Tendo por base os descritores de Dublin (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, 2006), e face ao percurso realizado exposto no presente relatório, posso afirmar que desenvolvi competências de Mestre, designadamente no que se refere à capacidade de compreensão e aplicação de conhecimento, tomada de decisão, comunicação e auto-aprendizagem (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, 2006). Em simultâneo, este percurso de desenvolvimento de competências teve também por base, as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento N.º122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011), e

as específicas do enfermeiro especialista em PSC (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

Desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista a nível: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados; e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento Nº122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Especificamente na área de especialização da PSC, desenvolvi competências no cuidado à pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; e na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Tendo em conta o exposto, destaco o desenvolvimento de competências no cuidado à PSC com EAM, nomeadamente, na continuidade dos cuidados, na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, e a capacidade de reflexão crítica e tomada de decisão.

À semelhança do que acontece com o cuidar, que cresce na relação interpessoal enfermeiro-pessoa, também eu cresci enquanto enfermeira ao longo do percurso de frequência do Mestrado e, em particular, ao longo dos estágios. O aprofundamento de conhecimentos no cuidado à PSC com EAM e o desenvolvimento de competências, contribuíram para a otimização da minha prestação enquanto enfermeira de emergência. Sendo o meu contexto profissional um SUB, o contacto com diferentes realidades com maior diferenciação (em Portugal e na Suécia) foi importante para a minha aprendizagem e, em simultâneo, para a valorização dos cuidados de enfermagem prestados nos meios rurais. Reconheço como um dos resultados com maior influência na minha prestação de cuidados, as práticas baseadas na evidência, bem como os conhecimentos necessários para a implementação de projetos de melhoria da qualidade, nomeadamente, com impacto positivo na CC.

Apesar da minha experiência profissional ser em contexto de urgência e emergência, tanto a nível PH como intra-hospitalar, o facto de se referir ao primeiro nível de atendimento da Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, constituiu uma limitação para o aprofundamento de alguns aspetos em serviços com maior diferenciação onde se desenvolveram os estágios,

em particular em ambiente de cuidados intensivos. Em particular, o fato de não ter experiência profissional em cuidados intensivos exigiu um maior investimento em pesquisa bibliográfica sobre, nomeadamente, monitorização hemodinâmica invasiva e cuidados específicos à PSC com EAM após realização de ICP.

Em retrospectiva, o facto de ter tido poucas oportunidades de prestação de cuidados à PSC com necessidade de VMI, limitou o desenvolvimento de competências nesta área, pelo que seria importante que estágio tivesse tido maior duração. Ao longo do período de estágio e, sobretudo, nesta fase mais reflexiva da redação do relatório, questionei-me acerca do impacto das competências desenvolvidas nas práticas. Concluo que este é um processo contínuo, que posso ter desenvolvido mais competências numa determinada área do que em outras, pois se relacionavam diretamente com a intervenção de enfermagem que norteou o delineamento dos objetivos de estágio. Contudo, o desenvolvimento de competências alcançado constitui, acima de tudo, uma ferramenta para o futuro, que contribuirá para o desenvolvimento em outras áreas, mantendo sempre no horizonte o meu próprio desenvolvimento enquanto enfermeira e a melhoria da prestação de cuidados à PSC.

A nível pessoal, o facto de residir fora de Lisboa implicou que estivesse longe da minha família durante o período de realização do Mestrado, constituindo uma dificuldade que teve, necessariamente, impacto na minha disponibilidade.

Pretendo investir na produção de investigação científica na área dos cuidados de enfermagem de emergência, tendo já iniciado com a realização da RIL sobre a CC à PSC com EAM e do estudo realizado no meu contexto profissional apresentado na conferência internacional PreHospiten 2016 na Suécia. Posteriormente procurarei proceder à sua publicação para que alcance o principal objetivo da produção de conhecimento, que é a sua divulgação.

Tendo em conta as dificuldades de acesso à saúde no concelho de Odemira, propus o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade na garantia da continuidade dos cuidados à PSC com EAMcSST. Um dos objetivos consiste na diminuição do tempo despendido entre o diagnóstico da PSC com EAMcSST e a referência para a UH. Os canais de comunicação já existem, mas é necessário agilizar os processos e estreitar as relações entre os profissionais de ambas as instituições, para que se possam eliminar entraves que não são mais que

questões burocráticas, identificadas (e valorizadas) apenas pelos profissionais que estão no terreno. A ideia foi bem acolhida pelo Médico e Enfermeira responsável pelo SUB, bem como pela Enfermeira Diretora, tendo-me sido solicitado a apresentação do projeto que se encontra em desenvolvimento.

Com vista a melhorar os cuidados de enfermagem no meu local de trabalho, garantindo a continuidade de cuidados, elaborei uma folha de transmissão da informação crítica para auxiliar a passagem de turno entre pares. A equipa foi envolvida no processo de construção, pelo que a mesma foi bem acolhida e encontra-se em fase de implementação no SUB.

Em suma, ao longo do percurso académico desenvolvi uma nova visão sobre o cuidar em Enfermagem, sustentada pelo aprofundamento dos conhecimentos e desenvolvimento de competências de Mestre e enfermeiro especializado na área da PSC, destacando o cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, e a capacidade de reflexão crítica e tomada de decisão (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Em consequência, ocorreram modificações na minha prática que contribuíram para a melhoria dos cuidados que presto à PSC, em particular com EAM e na garantia da CC, dando forma ao cuidar. Todas as competências mencionadas são determinantes para responder às atuais exigências das necessidades de qualidade da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aehlert, B. (2007). *ACLS - Emergências em Cardiologia* (3ª edição). Elsevier Medicina.
- Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., Bueno, H., Caso, P., Dudek, D., ... Sheva. (2011). Recomendações de bolso da ESC - Síndromes coronárias agudas sem elevação do segmento ST. European Society of Cardiology. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr236>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Al-Azri, M. (2008). Continuity of Care and Quality of Care - Inseparable Twin, 23(3), 147–149.
- American Association of Respiratory Care (AARC). (2010). AARC Clinical Practice Guidelines - Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory Care*, 55(6), 758–764. <http://doi.org/10.4037/ajcc2014424>
- Anderson, J. L., Adams, C. D., Antman, E. M., Bridges, C. R., Califf, R. M., Casey, D. E., ... Wright. (2007). ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*, 116(7), 803–877. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185752>
- Arreciado Marañón, A., Estorach Querol, M. J., & Ferrer Francés, S. (2011). La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enfermería Intensiva*, 22(3), 112–6. <http://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.11.004>
- Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular (APIC). (2011). Stent for Life - Europeia initiative. Retrieved June 20, 2016, from <http://www.stentforlife.pt/quem-somos/boas-vindas/>
- Atar, D., Badano, L., Lundqvist, C., Borger, M., Mario, C., Dickstein, K., ... Sheva. (2012). *Enfarte Agudo do Miocárdio-Recomendações para o tratamento do EAM em doentes com elevação persistente do segmento ST*. (European Society of Cardiology, Ed.).
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias - Coleções Sistemas, Famílias e Terapias*. (Climepsi Editores, Ed.). Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica da Enfermagem* (Quarteto E). Coimbra.
- Berntsson, T., & Hildingh, C. (2013). The nurse-patient relationship in pre-hospital emergency care - From the perspective of Swedish specialist ambulance nursing students. *International Emergency Nursing*, 21(4), 257–263. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.10.003>

- Bidgood, E. (2013). *Healthcare Systems: Sweden & localism – an example for the UK?* London: CIVITAS.
- Boixo, M. Á. E., Lobato, M. R. G., Rico, E. J. F., Sánchez, B. M., & Ponce, M. T. C. (2011). Continuidad de cuidados desde el enfermero de emergencias hacia la enfermera de cuidados intensivos de pacientes con SCACEST. *Metas de Enfermería*, 14(2), 60–65.
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 15–19.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2001). *Nursing as Caring*. (NLS, Ed.). Jones and Bartlett Publishers.
- British Thoracic Society (BTS). (2008). Guideline for emergency oxygen use in adult patients. BMJ Journals. Retrieved from <http://.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/oxygen/emergency-oxygen-use-in-adult-patients-guideline/emergency-oxygen-use-in-adult-patients-guideline/>
- Campos, L. (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência, 35.
- Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC). (2008). *Plano de Actuação em Situações de Emergência / Catástrofe*. Lisboa.
- College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA). (2008). Registered Nurse Roles that Facilitate Continuity of Care, (September), 8. Retrieved from http://nurses.ab.ca/Carna-Admin/Uploads/RN_roles_that_facilitate_continuity_of_care.pdf
- Conselho Português de Ressuscitação (CPR). (2015). *Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação - 2015*. Niel: European Resuscitation Council.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (CNDC). (2007). *Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. (Alto Comissariado de Saúde, Ed.).
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., Vadeboncoeur, A., McCusker, J., & Guertin, M.-C. (2015). The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 666–676. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.007>.
- David, D., Britting, L., & Dalton, J. (2015). Cardiac Acute Care Nurse Practitioner and 30-Day Readmission. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(3), 248–255. <http://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000147>.

- De Luca, G., Suryapranata, H., Ottervanger, J. P., & Antman, E. M. (2004). Time Delay to Treatment and Mortality in Primary Angioplasty for Acute Myocardial Infarction: Every Minute of Delay Counts. *Circulation*, 109(10), 1223–1225. <http://doi.org/10.1161/01.CIR.0000121424.76486.20>.
- Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março. (2006). Ministério Da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário Da República*, 1ª Série, Nº 60 de 24 de Março de 2006, 2242–2257.
- Despacho n.º 5561/2014. (2014). Meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM. *Diário Da República*, 2ª Série - Nº79 de 23 de Abril, 11123–11124.
- Despacho nº 10319/2014. (2014). Despacho nº 10319/2014. *Diário Da República*, 2ª Série - Nº 153 de 11 de Agosto.
- Devkaran, S., Parsons, H., Van Dyke, M., Drennan, J., & Rajah, J. (2009). The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: a Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emergency Medicine*, 9, 11. <http://doi.org/10.1186/1471-227X-9-11>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2001). Rede de Referência Hospitalar de Intervenção Cardiológica. In Direção Geral de Saúde (Ed.), . Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2003). *Cuidados Intensivos-Recomendações para o desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>
- Ferreira, M. J., & Ferreira, V. (2016). The coronary rapid assessment path...an emerging need! Lisboa.
- Filipe, E., & Pina, T. (2016). *Fatores Implicativos na Redução da Taxa de Contaminação das Hemoculturas*. Lisboa.
- Fonseca, C., Alves, J., & Araújo, F. (2014). Manuseio Peri-operatório dos doentes medicados com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários: resultado da 3ª reunião de consenso da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 23(3), 76–93.
- Furtado, É. Z. L., Santos, A. M. R. dos, Moura, M. E. B., & Avelino, F. V. S. D. (2013). Aspiração Endotraqueal: Práticas Da Equipe De Saúde No Cuidado Ao Paciente Crítico. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7, 6998–7006. <http://doi.org/10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201306>.

- Gerber, T. C., Kontos, M. C., & Kantor, B. (2010). Emergency department assessment of acute-onset chest pain: contemporary approaches and their consequences. *Mayo Clinic*, 85(4), 309–313. <http://doi.org/10.4065/mcp.2010.0141>.
- Gonçalves, É. O., Lima, M. S. de, Melo, J. de L., Pontes, M. S. R., Sousa, A. O. B., & Albernaz, M. P. (2015). Practical Nursing assistants and pneumonia prevention associated with mechanical ventilation in ICU. *Journal of Nursing*, 9(12), 1069–1078. <http://doi.org/10.5205/reuol.8127-71183-1-SM.0912201503>.
- Grupo Português de Triage (GTP). (2009). *Triage no serviço de urgência: manual do formando*. (A. Marques & P. Freitas, Eds.) (3ª edição). Lisboa.
- Guimarães, H. P., Monteiro, P. H., Barbisan, H., Júnior, R. de M., Lopes, R. D., & Bittar, J. P. (2011). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular* (American H).
- Hanson. (2004). *Enfermagem de cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2010). *Sheehy, Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática* (Emergency). Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2007a). Abordagem da Vítima. In *Manual de Ambulância SIV*. Lisboa.
- Instituto Nacional Emergência Médica (INEM). (2007b). Manual de Acolhimento. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). Censos 2011: resultados definitivos- Portugal.
- Jaffe, A., Katus, H., Apple, F., Lindahl, B., & Morrow, D. (2012). 3ª Definição Universal de *Enfarte do Miocárdio*. (S. E. de Cardiologia, Ed.). European Society of Cardiology.
- Jernberg, T. (2015). *SWEDHEART Annual report 2013*. Retrieved from <http://www.ucr.uu.se/swedeheart/>.
- Khorram-Manesh, A., Montán, K. L., Kilhgren, M., & Ortenwall, P. (2011). Prehospital triage, discrepancy in priority-setting between emergency medical dispatch center and ambulance crews. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 37, 73–78.
- Kolh, P., Alfonso, F., Collet, J., Cremer, J., Hamm, C., Head, S. J., ... Witkowski. (2014). 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 35(37), 2541–2619. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu278>.
- Kowalczyk, M., Banach, M., Mikhailidis, D. P., Hannam, S., & Rysz, J. (2009). Ticagrelor-a new platelet aggregation inhibitor in patients with acute coronary syndromes. An improvement of other inhibitors? *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 15(12), MS24-30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19946242>.

- Lei de Bases da Proteção Civil - Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. (2015). *Diário Da República, 1ª Série - Nº 149 - 3 E Agosto de 2015*, 4411–4412.
- Lei nº 11/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, 180Diário da República, 1ª série - Nº 180 de 16 de Setembro de 2009 6528–6550 (2009).
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7, 1–6.
- Madeira, S., Porto, J., Henriques, A., Nieves, F. V., Pinto, N., & Henriques, G. (2011). *Manual de suporte avançado de vida*. (Instituto Nacional Emergência Médica, Ed.) (2ª Edição). Lisboa.
- Magnusson, C., Källenius, C., Knutsson, S., Herlitz, J., & Axelsson, C. (2015). Pre-hospital assessment by a single responder: The Swedish ambulance nurse in a new role: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 1–6. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.001>.
- Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A. P., Germano, N., Caramelo, N., Dias, C., ... Borba, A. (2009). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. <http://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>.
- Montalescot, G., van 't Hof, A. W., Lapostolle, F., Silvain, J., Lassen, J. F., Bolognese, L., ... Hamm, C. W. (2014). Prehospital Ticagrelor in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine*, 371(11), 1016–1027. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1407024>.
- National Board of Health and Welfare (NBHW). (2013). AMI statistics. Based on country of residence, Entire Sweden, Age interval 20-85+, Both Sex. Retrieved April 28, 2015, from <http://www.socialstyrelsen.se/statistics/statisticaldatabase/ami>.
- Nikolaou, N. I., Arntz, H., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L. L., & Cariou, A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section - Initial management of acute coronary syndromes, 95, 264–277. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.030>.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In *II Congresso Ordem Enfermeiros* (pp. 1–12).
- Official Statistics of Sweden (OSS). (2016). *Statistics on causes of death 2015. Health and Medical Care* (Vol. 1). The National Board of Health and Welfare. Retrieved from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/causes_death
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2002a). *A cada família o seu Enfermeiro*. (Ordem dos

Enfermeiros, Ed.). Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2002b). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento coceptual, enunciados descritivos*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (OM e SPCI). (2008). *Transporte de Doentes Críticos*. (C. E. L. da O. dos Médicos, Ed.). Retrieved from http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2000). *Declaração de Munique*. Munique.

PORDATA. (2014). Óbitos por causas de morte em Portugal. Retrieved September 13, 2016, from [http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758).

PORDATA. (2015). População residente: total e por grandes grupos etários - Municípios. Retrieved September 14, 2016, from <http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-390>.

Portaria nº 260/2014 - Disposições gerais Regulamento de transporte de doentes. (2014). *Diário Da República, 1ª Série - Nº 241 de 15 de Dezembro de 2014, I série(241)*, 6084–6095.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCC). (2015a). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015*. DGS.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCC). (2015b). *Rede de Referenciação de Cardiologia* (Vol. 53). DGS.

Quilici, A. P., Bento, A. M., Ferreira, F. G., Cardoso, L. F., Moreira, R. S. L., & Silva, S. C. da. (2014). *Enfermagem em Cardiologia*. (Atheneu, Ed.) (2ª edição). São Paulo.

Redfors, B., Angerås, O., Petursson, P., Råmunddal, T., & Omerovic, E. (2015). The ATLANTIC trial does not support the safety of prehospital ticagrelor treatment for patients with ST-elevation myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, *190*(1), 157–158. <http://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.04.135>.

Redley, B., Vasseur, S. Le, Peters, S., & Bethune, G. (2003). "Familie's needs in emergency department: instrument development." Victoria: Blackwell Publishing Ltd.

Regulamento N°122/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República 2ª Série, Nº 35 (18-02-2011)*, 8648–8653.

Regulamento n°124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação

- Crítica. *Diário Da República*, 2ª Série, Nº35 (18-02-2011), 8656–8657.
- Regulamento nº 361/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2ª Série - Nº123 de 26 de Junho E 2015, 10–11.
- Roffi, M., Patrono, C., Collet, J., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., ... Windecker. (2015). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, ehv320. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320>.
- Ruivo, M. A, Nunes, L., Ferrito, C., & Cle, E. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38.
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. (Emergency Nurses Association, Ed.) (4º). Loures: Lusociência.
- Silvain, J., Storey, R., Cayla, G., Esteve, J.-B., Dillinger, J.-G., Vicat, E., ... Montalescot, G. (2015). P2Y12 Receptor Inhibition According To Prehospital Administration of Ticagrelor in Primary Pci for St Elevation Myocardial Infarction: the Private-Atlantic Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 65(10), A221. [http://doi.org/10.1016/S0735-1097\(15\)60221-2](http://doi.org/10.1016/S0735-1097(15)60221-2).
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC). (2011). Stent for Life. Retrieved August 5, 2016, from <http://www.spc.pt/spc/ms/ms.aspx?ID=SSPC02>.
- Statistic Sweden. (2015). Population in the country, counties and municipalities. Retrieved September 13, 2016, from http://www.scb.se/en/_/Finding-statistics/Statistics-by-subject-area/Population/Population-composition/Population-statistics/Aktuell-Pong/25795/Yearly-statistics--Municipalities-Counties-and-the-whole-country/399347/
- Stent for Life. (2015). *Curso de Gestão Pré-Hospitalar e Intra-Hospitalar Precoce do Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento ST*. Lisboa.
- Stub, D., Smith, K., Bernard, S., Nehme, Z., Stephenson, M., Bray, J. E., & et al. (2015). Air Versus Oxygen in ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*.
- Suserud, B. O. (2001). Emergency nursing in Sweden. *Emergency Nurse : The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 9(7), 10–13.
- Suserud, B. O., & Haljamäe, H. (1997). Role of nurses in pre-hospital emergency care. *Accident and Emergency Nursing*, 5(3), 145–151.
- Suserud, B. O., & Haljamäe, H. (1999). Nurse competence: advantageous in pre-hospital emergency care? *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 18–25. [http://doi.org/10.1016/S0965-2302\(99\)80096-4](http://doi.org/10.1016/S0965-2302(99)80096-4).

- Tanner. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Education*, 45, 204–211.
- Taylor, B. (2001). Book review - Nursing as Caring: A Transformative Model. *International Journal of Nursing Practice*, 88(7), 359. <http://doi.org/10.1046/j.1464-410X.2001.02506.x>.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2013). Terceira definição universal de enfarte do miocárdio. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr184>.
- Thylen, I., Ericsson, M., Hellstrom Angerud, K., Isaksson, R.-M., & Sederholm Lawesson, S. (2015). First medical contact in patients with STEMI and its impact on time to diagnosis; an explorative cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(4), e007059. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007059>.
- Underwood, J., Jordan, M. L., Lorenz, L., Monk, L., Printz, M., Starling-Edwards, S., & Roettig, M. Lou. (2009). The Role of the Emergency Nurse in Improving Care of the Patient With ST-Elevation Myocardial Infarction: Perspectives of the RACE Nurse Leadership. *Journal of Emergency Nursing*, 35(4), 330–335. <http://doi.org/10.1016/j.jen.2008.07.011>.
- Unidade de Instalações e Equipamentos (UIE). (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. (ACSS, Ed.). Lisboa. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_09_2013_DOC_COMPLETO.PDF.
- Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., ... Silva, P. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos*. ACSS Administração Central do Sistema de Saúde (Vol. 2ª Ed). Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL_ENFERMAGEM_15_07_2011.pdf.
- Wagner, B. V., Alves, E. F., Brey, C., & Waldrigues, M. C. (2015). Knowledge of Nurses About the Intervention for the Prevention of Pneumonia Associated With Mechanical Ventilation. *Journal of Nursing*, 9(5), 7902–7910. <http://doi.org/10.5205/reuol.6121-57155-1-ED.0905201521>.
- Weiss, A. J., Wier, L. M., Stocks, C., & Blanchard, J. (2014). Overview of Emergency Department Visits in the US, 2011. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 174(May 2013), 1–13..
- Wijns, W., Kolh, P., Danchin, N., Di Mario, C., Falk, V., Folliguet, T., ... Taggart, D. (2011). Recomendações sobre revascularização do miocárdio. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 30(12), 951–1005. <http://doi.org/10.1016/j.repc.2011.11.004>.

ANEXOS

ANEXO 1. Curso de suporte avançado de vida (ACLS)



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de Julho

Certifica-se que **Cláudia Isabel Neves Pacheco da Silva**, nascida em 20/12/1980, com o Número de Identificação Civil 11682250, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

Suporte Avançado de Vida

(ACLS - Advanced Cardiovascular Life Support)

da *American Heart Association*, que decorreu de 29/09/2015 a 30/09/2015, com a duração de 16 horas.

Linda-a-Velha, 30 de setembro de 2015

O Responsável pela Ocean Medical,

Francisco Tavares de Castro



Certificado nº 15130-5/2015

Validade: American Heart Association 2 anos / INEM 5 anos

Blue Ocean Medical, Lda.
Escritório: Largo da Logoa, 7 C • 2795-116 Linda a Velha • Portugal
Sede: Rua Dr. Jacinto Soares de Albergaria, 28 • 9500-186 Ponta Delgada • Portugal
Capital Social: 5000 Euros • Pessoa Colectiva e Matrícula na CRC de Ponta Delgada nº 512 106 088
info@ocean-medical.pt • www.ocean-medical.pt

**ANEXO 2. Curso avançado em gestão pré-hospitalar e
intra-hospitalar precoce do EAM com
supradesnivelamento do segmento ST**



Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que **CLÁUDIA SILVA** esteve presente no CURSO AVANÇADO EM GESTÃO PRÉ-HOSPITALAR E INTRA-HOSPITALAR PRECOCE DO ENFARTE AGUDO DE MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST, que teve lugar na Casa do Coração - Sociedade Portuguesa de Cardiologia, no dia 15 de Maio de 2015.

Lisboa, 15 de Maio de 2015

João Sousa Ferreira
Secretário Executivo APIC

Uma Iniciativa:  **INEM**

 **apic**

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
de INTERVENÇÃO CARDIOVASCULAR
sociedade portuguesa de cardiologia



ANEXO 3. *Workshop* de gasimetria arterial



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que

Claudia Isabel Neves Pacheco da Silva

participou nos seguintes workshops, no âmbito das II Jornadas
AEESEL: *"A Pessoa em Situação Crítica: Perspetivas e Desafios em
Enfermagem"*:

- Gasimetria Arterial.

Ana Isabel Comesa

P'la Comissão Organizadora
das Jornadas AEESEL


SOCIEDADE PORTUGUESA DE
CUIDADOS INTENSIVOS

a, julho de 2015 
associação de estudantes da escola superior de enfermagem de lisboa

**ANEXO 4. Certificado do 3ª Encontro de
Enfermagem de Emergência**

3º encontro de enfermagem de emergência

1º encontro de enfermeiros especialistas em Pessoa em situação crítica



Certificado Participação

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica a sua participação no
3º Encontro de Enfermagem de Emergência |
1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica,
promovida nos dias 20 e 21 de Novembro de 2015, na
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Parque das Nações



Cláudia Isabel Neves Pacheco da Silva

O Presidente da
Associação Portuguesa de Enfermeiros

Patrocínios



MESA DE ABERTURA

Presidente da APE: João Fernandes
Membro do DEPSC: Ana Sofia Casal
Membro da ESEL: Cândida Durão

TRIAGEM POR ENFERMEIROS - UMA APOSTA NA QUALIDADE

Representante do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores | Triagem pré-hospitalar
Ricardo Delgado Sanchez | *Enfermeiro Coordenador Gerencia de Urgências, Emergências y Transporte Sanitario* | Realidade Espanhola
Paulo Freitas | Grupo Português de Triagem | Triagem de Manchester: do pré para o intra-hospitalar

ED NURSES MADE IN PORTUGAL

Rui Sousa | *United Kingdom*
Ricardo Soares | *Suisse*

ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM EPSC

CONFERÊNCIA DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS À ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM: Elemento do Departamento Enfermagem Pessoa em Situação Crítica APE

CUIDADOS URGENTES E EMERGENTES

Milene Plácido | CHLN | Cuidados Palliativos no SU
Célia Batista Aires | HCUF Descobertas | Cuidados de enfermagem especializados perante múltiplas vítimas em situação crítica
Susana Isabel Leal | CHLC | Gestão da Dor na PSC em contexto de SU e UCI

CUIDADOS INTENSIVOS

João Dantas | CHLO | Aquisição de competências especializadas no âmbito do suporte de vida extracorpóreo (ECMO) - Experiência na University of Michigan Medical Center (EUA)
Ana Pinto | CHLN | Família em UCI
Filomena Bento | CHLC | Segurança da PSC e comunicação efectiva na transição peri-operatória

A PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA: DA RUA AOS CUIDADOS INTENSIVOS

Luis Carvalho | CHLC | Controlo da PIC
Francisco Oliveira Martins | CHLC | Damage Control Surgery
Virginia Araujo | CHLO | Damage Control Resuscitation
João Geraldes | HGO | Imobilização da PVT: Como? Quando? E até quando?

CONFERÊNCIA: NOVAS DROGAS, NOVOS DESAFIOS

Fátima Rato | INEM

CONFERÊNCIA: PRÉ-HOSPITALAR NA SUÍÇA: ORGANIZAÇÃO E PAPEL DO ENFERMEIRO

Etienne Theytaz | SAMU e Centre Hospitalier du Valais
Romand, Martigny, Suíça

CONFERÊNCIA: ÉBOLA - DA AMEAÇA GLOBAL À RESPOSTA DOS HOSPITAIS EM PORTUGAL

Natália dos Santos Pereira | DGS

COMUNICAÇÕES LIVRES

MESA: LIMITAÇÃO DO ESFORÇO TERAPEUTICO

Sergio Branco | CHA
Sérgio Deudate | Universidade Católica Portuguesa

A CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Francisco Abecassis | CHLN | Trauma Pediátrico
Rafael Marques | CHLN | O papel de NaCl 3% no controlo da PIC

SUORTE AVANÇADO DE VIDA - FROM PRAGUE WITH LOVE

Adulto: Pedro Caldeira HPP Cascais
Pediátrico: Francisco Abecassis | CHLN



Programa Oficial

**ANEXO 5. Certificado de presença e póster -
Jornadas do Doente Crítico**



Certificado

Certifica-se que Claudia Neves Silva esteve presente nas **10^{as}** **Jornadas do Doente Crítico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 28 e 29 de janeiro de 2016.


Dr. A. Pais de Lacerda
Coordenador da Comissão Organizadora

Centro Hospitalar Lisboa Norte
Serviço de Medicina Intensiva

jornadasdoentecritico@gmail.com
Telf: 217 805 038 – Fax: 217 805 670



Certificado

Certifica-se que Claudia Neves Silva participou nas **10as. Jornadas do Doente Crítico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 28 e 29 de janeiro de 2016 com a apresentação do poster intitulado “Gestão da Oxigenoterapia na Pessoa em Situação Crítica com EAM: Intervenção especializada de Enfermagem”.


Dr. A. Pais de Lacerda
Coordenador da Comissão Organizadora

Centro Hospitalar Lisboa Norte
Serviço de Medicina Intensiva

jornadasdoentecritico@gmail.com
Tel: 217 805 038 – Fax: 217 805 670

ANEXO 6. Conferência PreHospem 2016

25 May 2016

To whom it may concern,

This letter is to certify that CLAUDIA ISABEL NEVES PACHECO DA SILVA participated in PreHospiten Conference 2016: Where All Care Begins at the University of Borås, Sweden, 9-11 March 2016.

Kind regards,



Eva Medin

Research Officer

Faculty of Caring Science, Work Life, and Welfare

University of Borås, Sweden

www.hb.se/en

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Plano de sessão de formação em serviço no SUP

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Designação da formação	Gestão da oxigenoterapia na pessoa em situação crítica com síndrome coronária aguda: intervenção especializada de enfermagem
Formadora	Enfermeira Cláudia Silva - estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em situação crítica - ESEL Orientação de Enfº Tiago AmaraL, Prof. Florinda Galinha e Prof. Teresa Leal
População Alvo	Enfermeiros e Médicos do SUP do Hospital de ██████████
Objetivo Geral	Sensibilizar para a importância do enfermeiro gerir a oxigenoterapia na pessoa em situação crítica com SCA na prevenção da morbilidade
Objetivos Específicos	No fim da sessão os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Descrever as necessidades de oxigénio suplementar da pessoa em situação crítica com SCA • Descrever efeitos prejudiciais da hiperoxigenação para a pessoa com SCA • Rever a indicação de cada dispositivo de fornecimento de oxigénio suplementar, nomeadamente o fluxo de oxigénio.
Conteúdos Programáticos	<ul style="list-style-type: none"> • A pessoa com síndrome coronária aguda e as necessidades de Oxigénio • Consequências da hiperoxigenação • Orientações internacionais • Gestão da oxigenoterapia - dispositivos de fornecimento de oxigénio suplementar
Metodologia	Expositivo, Interrogativo e Participativo
Materiais/Meios	Televisão, computador portátil, póster de suporte mesa e cadeiras.
Duração total	20 min para apresentação e 10 min para discussão
Datas e horários	30 de novembro de 2015: <ul style="list-style-type: none"> • 1ª sessão às 11h; 2ª sessão às 11h30
Local	Sala de Enfermagem do SUP do Hospital de S. José
Documentação de apoio	Diapositivos e folheto
Avaliação da Formação	Formativa: Discussão Final: Preenchimento de folha de avaliação da sessão

APÊNDICE 2. Avaliação das sessões de formação

Avaliação da formação - Gestão da Oxigenoterapia na PSC com SCA

Assistiram á formação 15 formandos às duas sessões realizadas, tendo-se obtido 87% de avaliações (13 questionários). Dado tratar-se de uma formação em serviço, dois dos profissionais que estavam escalados para o turno tiveram de sair no fim da sessão, não podendo dispor do tempo para a referida avaliação.

A avaliação foi realizada em três áreas:

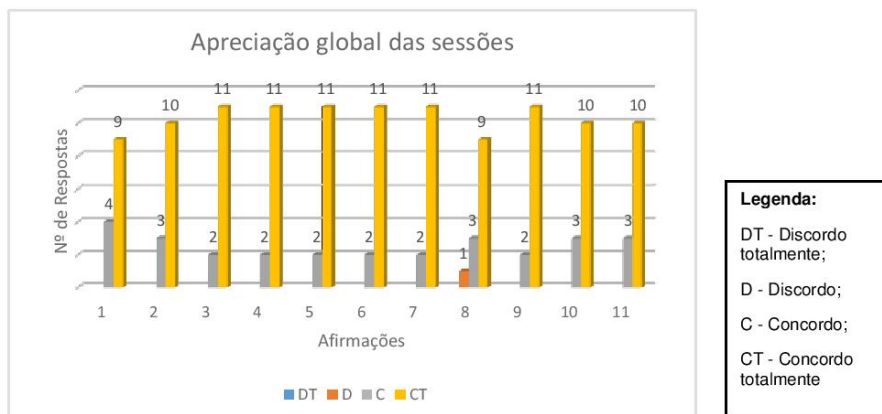
A - Avaliação Global da Sessão

Foram apresentadas as seguintes 11 afirmações:

1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas
2. Os objetivos da formação foram atingidos
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos
5. A teoria foi relacionada com a prática
6. A formação apresentou um bom nível técnico-pedagógico
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida
10. A duração da formação foi adequada
11. O horário da formação foi adequado

Posteriormente, foi pedido aos formandos para manifestarem a sua discordância/concordância em relação às mesmas.

Os resultados obtidos estão representados no gráfico que se segue:



A grande maioria (79,7%) dos formandos concordaram totalmente com as afirmações apresentadas, 19,5% concordaram. Apenas pessoa manifestou discordância com uma afirmação (nº 8), que se relacionava com a qualidade da documentação distribuída, o que corresponde a 0,7% das respostas.

B - Avaliação da Formadora e metodologia da sessão

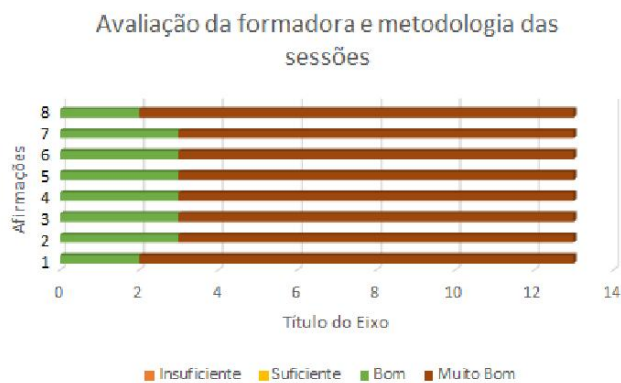
Foram apresentadas as seguintes 11 afirmações:

1. Domínio dos conteúdos apresentados
2. Facilidade de transmissão de conhecimentos
3. Clareza na transmissão de conhecimentos
4. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos
5. Interação com o grupo
6. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas
7. Gestão do tempo
8. Pontualidade

Posteriormente, foi pedido aos formandos para classificarem as afirmações, tendo em conta a prestação e metodologia utilizada pela formadora, numa escala de 1 a 4 pontos, com a seguinte correspondência:

1 - Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 - Bom; 4 - Muito bom.

Os resultados obtidos estão representados no gráfico que se segue:



A grande maioria (78,8%) dos formandos classificaram a prestação e metodologia utilizada como Muito Boa, e 21,20% como Boa.

C - Comentários e sugestões de melhoria

A grelha de avaliação disponha de um espaço para escrita livre em que os formandos poderiam fazer comentários e/ou sugestões. Os comentários extraídos foram positivos:

“Excelente! Muito Bem!”

“Excelente formação!”

“Excelente apresentação! Tema muito pertinente!”

**APÊNDICE 3. Resumo do Póster - 10º Jornadas
do Doente Crítico**

GESTÃO DA OXIGENOTERAPIA NA PSC COM EAM:

Intervenção Especializada de Enfermagem

Silva, Cláudia; Amaral, Tiago; Galinha, Florinda; Leal, Teresa

O enfermeiro especialista e mestre na área da PSC tem a responsabilidade de prestar os melhores cuidados através de uma prática fundamentada na evidência, tendo como objetivo final a qualidade e segurança do cliente. Em 2005 as *guidelines* do ERC recomendavam a administração de O₂ suplementar a todas as pessoas com EAM não complicado, pois poderia beneficiar situações de hipóxia não identificada¹. Para uniformização da intervenção é criada a mnemônica "MONA" para o cuidado à PSC com EAM ("M" – Morfina; "O" – oxigênio; "N" - Nitratos e "A" - Acido acetilsalicílico). Em consequência da sua difusão, o O₂ passou a ser amplamente utilizado.

Uma revisão da literatura recente sugere que a hiperóxia pode ser prejudicial², estando associada ao aumento precoce do EAM e da zona de isquemia avaliada até aos 6 meses³. As novas *guidelines* do ERC (2015) recomendam a administração de O₂ suplementar apenas na presença de dispneia, insuficiência cardíaca ou hipóxia, tendo como meta manter a SaO₂ entre 94-98%, ou 88-92% na pessoa com DPOC⁴.

Deste modo, é necessário desenraizar o "O" da mnemônica "MONA", pois a gestão da oxigenoterapia é uma intervenção especializada de enfermagem que permite evitar a hipóxia e a hiperóxia, contribuindo para a diminuição da morbidade e mortalidade. A administração de O₂ suplementar adequada às reais necessidades da pessoa promove a prestação de cuidados individualizados e a garantia de melhores resultados para o cliente, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Bibliografia:

- 1 - Nolan, J. (2005). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 1. Introduction. *Resuscitation*, 67(SUPPL. 1). <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2005.10.002>
- 2 - Cabello, J. B., Burls, A., Empanaza, J. I., Bayliss, S., & Quinn, T. (2013). Oxygen therapy for acute myocardial infarction. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- 3 - Stub D, S. K., S. B., & Al, E. (2015). Air Versus Oxygen in ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*.
- 4 - Nikolaou, N. I., Arntz, H., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L. L., & Cariou, A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 8. Initial management of acute coronary syndromes, 95, 264–277. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.030>

APÊNDICE 4. Organização dos meios de emergência - Gotemburgo

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA EM GUTENBURGO, SUÉCIA

Em Gotemburgo os cuidados de emergência pré-hospitalares estão prestados por equipas de profissionais organizadas pelos seguintes meios: Ambulância; Viatura de apoio prioritário;

MEIOS DE EMERGÊNCIA EM GUTENBURGO, SUÉCIA		
Meio	Recursos Humanos	Descrição
Ambulância (duas)	Dois enfermeiros, dos quais um tendencialmente especialista	Esta equipa dá resposta a todas as situações, independentemente do nível de prioridade atribuído no centro de orientação. A ambulância dispõe de recursos materiais para SAV e pode transportar uma pessoa.
Viatura de Atendimento Prioritário (Assessment Car) (duas)	Um enfermeiro especialista em anestesia	O enfermeiro, preferencialmente, presta cuidados à pessoa com menor nível de prioridade (P2 e P3), embora possa também ser ativado para situações de prioridade superior (P1) se for o meio mais próximo disponível, iniciando a prestação de cuidados até chegada da ambulância ou viatura médica. Dispõe dos mesmos recursos materiais que a ambulância, com exceção do material de imobilização. No entanto tem meios de diagnóstico adicionais como nível de hemoglobina e proteína C-reativa. Não permite o transporte da pessoa.
Viatura Médica (Physician Car) (uma)	Um médico e um enfermeiro ou Técnico	Dispõe dos mesmos recursos materiais que a ambulância, com exceção do material de imobilização. Não permite o transporte da pessoa.

e Viatura médica.

Gestão dos meios

Os meios são geridos pelo centro de orientação de doentes (*SOS Alarm*), em função das chamadas efetuadas para o número de emergência 112. Estes, em contraste com a realidade portuguesa, têm a particularidade de não dispor de médico, sendo os profissionais existentes operadores de telefone (com formação direcionada para os cuidados de saúde) e enfermeiros, bem como o fato de funcionar no mesmo espaço físico (mesma sala) da central de bombeiros e polícia. A proximidade dos profissionais das diferentes áreas (emergência médica, polícia e bombeiros) permite uma resposta integrada mais eficaz e célere em situações que exijam a articulação de meios, sendo este um elemento que identifico como promotor da continuidade de cuidados na ótica da gestão de cuidados.

O atendimento das chamadas de emergência médica é feito pelos operadores de telefone que ativam os meios de resposta de acordo com a prioridade clínica atribuída através de um sistema de triagem (*Swedish Medical Index*), estando classificadas em quatro níveis (P1 – Risco de vida necessitando de resposta imediata; P2 – resposta urgente, assim que meio SAV disponível; P3 – não urgente, com resposta em 90 minutos; P4 – transporte para ou do hospital com ambulância com técnicos de emergência, e não se aplica à prestação de cuidados de saúde) (Khorram-Manesh, Montán, Kilhgren, & Ortenwall, 2011).

Nas situações de emergência de menor prioridade (P2 e P3) e/ou em situações em que as queixas da pessoa são inespecíficas, a chamada é reencaminhada para o enfermeiro para que se faça uma colheita de dados com maior pormenor. A intervenção do enfermeiro permite apurar se se trata de facto de uma situação de menor prioridade (P2 ou P3) ou se a pessoa não está a conseguir transmitir a informação de forma clara, obtendo-se uma resposta individualizada. A anamnese permite ainda que o enfermeiro da ambulância detenha maior informação antes do primeiro contato com pessoa, facilitando a prestação de cuidados quer no meio pré-hospitalar, quer posteriormente no hospital (caso se verifique essa necessidade). A informação colhida fica disponível para o enfermeiro (seja da ambulância, seja do veículo de atendimento prioritário, ou da viatura médica), permitindo a contextualização da queixa mesmo antes do primeiro contato com a pessoa, o que otimiza a gestão de cuidados.

Prestação de cuidados Enfermagem PH

Todas as ambulâncias dispõem de enfermeiros e têm a possibilidade de realizar ECG, sendo que na presença da suspeita ou confirmação de EAM, o enfermeiro contacta o hospital para a confirmação diagnóstica, e iniciar a terapêutica. Em simultâneo é logo ativada a comunicação com a unidade de hemodinâmica para possível ICPP (Thylen *et al.*, 2015).

Uma particularidade da prestação de cuidados enfermagem no PH, relaciona-se com a realização de uma triagem pré-hospitalar que permite a obtenção de uma classificação da prioridade clínica, bem como a orientação sobre que tipo de monitorização e cuidados de emergência que são necessários durante o transporte. O sistema de triagem utilizado chama-se *Rapid Emergency Triage and Treatment System* e permite a classificação em cinco níveis de prioridade (classificados com as cores azul, verde, amarelo, laranja e vermelho). A avaliação é realizada em duas etapas: sinais vitais do paciente e um determinado algoritmo - Sinais e Sintomas de Emergência (ESS) - tendo em conta a doença atual (Magnusson, Källenius, Knutsson, Herlitz, & Axelsson, 2015). A atribuição da cor vermelha exige a transferência para o SU, com acompanhamento de enfermagem permanente à cabeceira, devendo o enfermeiro contactar o hospital a avisar da chegada. Caso a triagem defina a atribuição da prioridade correspondente à cor Laranja, indica a possibilidade de deteriorização, sendo necessária a transferência para o SU com acompanhamento de enfermagem, mas não de forma constante. No caso das prioridades de cor amarela ou verde, está definido que não se trata de uma situação de risco de vida, pelo que a pessoa não necessita de cuidados de emergência imediatos (Widgren and Jourak, 2011 citado por Magnusson *et al.*, 2015). No que se refere à prioridade representada pela

cor azul, esta não é usada no meio pré-hospitalar pois não corresponde à necessidade de cuidados de emergência.

A criação de vias alternativas (*fast-tracks*) ao serviço de urgência, permite ao enfermeiro oferecer a resposta adequada e individualizada a cada pessoa, promovendo a acessibilidade aos cuidados adequados mais rapidamente e evitando a sobrelotação do próprio SU. O conceito subjacente é semelhante às Vias Verdes em Portugal, contudo é alargado a mais situações. O objetivo é transportar a pessoa diretamente para o local adequado à sua situação, promovendo a sua segurança e evitando a sobrelotação do SU. Exemplificando: na suspeita de fratura do colo do fémur, a pessoa é transportada para o serviço de Radiologia; a grávida, diretamente para a maternidade; a mulher com dor abdominal abaixo da zona hipogástrica, para o serviço de Ginecologia; e a pessoa com suspeita de AVC com evolução superior a 8 horas, para uma unidade onde é observada pelo neurologista e avaliada a possibilidade de iniciar reabilitação. À semelhança de Portugal na VV AVC, a *fast-track* para a suspeita de AVC agudo, também implica o transporte imediato para a Imagiologia, onde é logo realizado a TAC. Contudo, o tempo para inclusão é de 8 horas. A forma como o sistema de emergência está organizado tem por base uma gestão eficiente dos cuidados, sendo importante para a continuidade dos cuidados. Outra particularidade que verifiquei, foi o fato da pessoa poder escolher qual o hospital para onde quer ser transportada, desde que tal não inviabilize a prestação dos cuidados necessários (se a especialidade necessária não existir).

APÊNDICE 5. Entrevista com Enfermeiro Björn Ove-Suserud

**Interview to Mr. Bjorn-Ove Suserud
Professor in University of Boras
PreHospen – Center for Prehospital
Research**



Boras, March 7th of 2016

Question 1 - In the 90's the prehospital professionals' were technicians. The implementation of the measure that defined all ambulances must have a nurse, caused a lot of conflicts in Sweden, similar to the ones we are facing now in Portugal. In Sweden the prehospital emergency service is based on the nursing care, and we (Portuguese nurses) are still trying to prove the value of nurses in prehospital.

Tell me more about that process? The questionnaire you applied to physicians and all medical directors in prehospital care back in 1998 had a great contribute to that?

Answer 1 - In the 90's I was doing drills in the trauma area with firemen, and I realized that there was a lack of knowledge. All persons should have access to the same level of care in the prehospital as they have when in in-hospital care, so nurses and doctors should come to the streets and care for those patients.

In that time there were already nurses in the ambulances, but as paramedics, because they couldn't find a job as a nurse. So when the questionnaires were applied, doctors already recognised the quality improvement nurses brought to prehospital care, and we also could prove that the nurses were important to connect the prehospital to in-hospital care.

Question 2 - In Portugal, not all technicians are accepting well nurses in prehospital care, perhaps because they feel we are taking their jobs. How that was managed?

Answer 2 - Some paramedics felt threatened by nurses entering the field of pre-hospital emergency care and are afraid of being classified as 'second class team members'.

There were different ways of solving such rivalry between professions.

In many districts, paramedics were given the role of being responsible for technical procedures, equipment and radio and data communication. The ambulance nurse was always responsible for the medical care if a physician is not present. On a majority of ambulance crews, the combination of staff with different levels of competence already existed, so this didn't cause any problems. The competence of a nurse, in an emergency team along with a well-educated paramedic, was well accepted. Although, the ideal was to have two nurses in the ambulances, so it was given the opportunity to all paramedics to do the Nursing Course for free. Many did it and nowadays many nurses working in prehospital care were paramedics before. I think we solved this in a really clever and peaceful way.

Question 3 - In order to achieve that (nurses in all ambulances), do you think that Portuguese nurses should follow those steps?

Answer 3 - Well, all medical directors wanted the nurses in prehospital care, so it was easy to achieve those results. You have to have doctors on your side, otherwise it will be difficult!

Question 4 – How do you evaluate the prehospital nursing care?

Answer 4 - Presently, It isn't possible to do that evaluation, because there is no way to compare. All ambulances have nurses, and it wouldn't be ethical to send an ambulance to a person with two nurses, and send another without nurses to other person in the same condition.



CLAUDIA ISABEL NEVES PACHECO DA SILVA <claudiasilva1@campus.esel.pt>

Interview

Björn-Ove Suserud <bjorn-ove.suserud@hb.se>
Para: claudiasilva1@campus.esel.pt

1 de agosto de 2016 às 07:00

Dear Claudia

You can use the interview text as it is now, no problem.

Kind regards

Björn-Ove

>>> CLAUDIA ISABEL NEVES PACHECO DA SILVA <claudiasilva1@campus.esel.pt> 16-07-31 10:15 >>>
[Citação oculta]

**APÊNDICE 6. Estudos do Departamento de investigação
pré-hospitalar - Universidade de Borås**

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR – UNIVERSIDADE DE BORÃS	
Títulos de estudos em desenvolvimento	Descrição
<p><i>“A study of variability in the time elapsed before medical care is received for acute pain/discomfort in the chest”</i></p> <p>Início - 2011</p> <p>Investigador: Johan Herlitz</p>	<p>Pretende-se testar a hipótese de que há uma grande variabilidade no tempo decorrido até à prestação dos primeiros cuidados à pessoa com dor aguda/torácica, entre os vários hospitais e entre os vários grupos de pessoas. Esta variabilidade deve ser eliminada, pois o igual acesso aos cuidados é um dos fundamentais princípios éticos. O presente estudo visa concluir de que modo se pode melhorar o acesso e eliminar essa variabilidade.</p>
<p><i>“Evaluation of pre-hospital care in Västra Götaland in cases of acute myocardial infarction”</i></p> <p>Ínicio - 2011</p> <p>Investigador: Johan Herlitz</p>	<p>Atualmente, é possível fazer o diagnóstico de EAM no pré-hospitalar e iniciar logo o tratamento. Idealmente deverá iniciar-se a AAS no local, realizar ECG que é transmitido para o hospital, permitindo que a pessoa seja transportada diretamente para um centro de ICP. Apenas cerca de metade do número de pessoas com EAM são transportadas para o hospital de ambulância, pelo que dados preliminares sugerem que nem todos as pessoas recebem este tratamento. O estudo de avaliação dos cuidados pré-hospitalares em Västra Götaland, em situações de EAM, pretende testar a hipótese que o prognóstico da pessoa está associado ao facto de chegarem ao hospital de ambulância, após a respetiva avaliação e início do tratamento em meio pré-hospitalar.</p> <p>Este estudo tem a intenção também de tornar o cuidado pré-hospitalar baseado na evidência no caso de situações de trombólise, pois há falta de documentação acerca da sua mais-valia.</p>
<p><i>“The significance to survival of raising a patient's legs during CPR”</i></p> <p>Ínicio - 2012</p> <p>Investigador: Christer Axelsson</p>	<p>A qualidade da ressuscitação cardiopulmonar e a pressão da perfusão coronária (pressão que força a entrada do sangue no coração) é considerado de grande relevância para a sobrevivência. Tem sido sugerido que a elevação dos membros inferiores poderá aumentar o retorno venoso e com isso aumentar a perfusão coronária. Um estudo recente em Gotemburgo indica que a elevação dos membros inferiores a 20 graus, nas situações de PCR, está associada a um aumento do EtCO₂, o que é uma medida aproximada do fluxo na artéria pulmonar e, portanto, uma medida aproximada da circulação no corpo durante a RCP. Este estudo pretende testar a hipótese de que a elevação dos membros inferiores durante a RCP aumenta a sobrevivência em casos de PCR.</p>

APÊNDICE 7. Conferência PreHospem 2016

PreHospden 2016 – “Were all care begins”
Conferência Internacional de Cuidados de Emergência Pré-Hospitalar
Universidade de Borås – 9 a 10 março 2016

A Conferência PreHospden realiza-se na Universidade de Borås, a cada 3 anos, tendo a organização do Departamento de Investigação Pré-hospitalar deste hospital, trazendo investigadores de todo o mundo na área da emergência pré-hospitalar, tendo sido o tema do ano de 2016: “*Were all care begins*”.

No primeiro dia ocorreu um *workshop* sobre o tema “*eHealth/ICT in prehospital care*”, que destaco como uma das atividades mais enriquecedoras. Vários profissionais de saúde e investigadores discutiram como podemos promover as soluções eHealth/ICT no cuidado em meio pré-hospitalar, tendo partilhado a experiência da SIV em Portugal. Os registos de enfermagem são efetuados na plataforma I-Care, o que possibilita o envio da informação para o CODU e hospital de destino. Em Gotemburgo ainda não existe essa possibilidade, pelo que os presentes manifestaram interesse em saber mais sobre esta forma de registo, pois ao garantir que os profissionais de saúde da unidade recetora são conhecedores do conhecimento acumulado da pessoa a continuidade dos cuidados é assegurada.

Em simultâneo, o *workshop* visava também aproximar profissionais de saúde da área da emergência, investigadores, e representantes da indústria para uma discussão dos presentes e futuros desafios de prestar cuidados em emergência.

Entre os temas abordados, ressalto o facto de uma das comunicações ter sido apresentada por um enfermeiro português que apresentou um estudo feito relativamente à VVC numa VMER de Lisboa. A partilha de realidades entre países é benéfica para ambas as partes, sendo uma forma de aprendizagem e estabelecimento de possíveis parcerias.

APÊNDICE 8. Resumo do póster - Conferência PreHospem 2016

NURSING PREHOSPITAL CARE IN A RURAL REGION OF PORTUGAL

BACKGROUND: Odemira is the largest county in Portugal and Europe. It is predominantly rural with particular geodemographic characteristics that influence the population' health, such as high number of senior people, large distances to hospitals, difficult communication and poor condition of road networks that increases this distance even more. This influences prehospital emergency care, which is performed by teams (a nurse and a technician) in the Immediate Life Support (ILS) ambulances, particularly in acute cardiac events and their prognoses.

METHODS: Using a descriptive approach, the occurrences of ILS activations in Odemira during 2014 were analyzed to characterize the main reasons for activation, time for arrival, time on site and total duration of the event. Questionnaires were also applied to all nurses of the ILS team to understand their perception about the specificity of nursing prehospital care to critical ill patient with chest pain in Odemira.

RESULTS: In 2014, the leading cause for activation of ILS ambulance in Odemira was chest pain. The average time of arrival was 23 minutes, time on site was 32 minutes and total time of occurrence was 2:30 hours. This doesn't include the time of performing PCI. Nurses of ILS ambulances agree that geodemographic characteristics of the county influence the emergency nursing care to critical ill patient with chest pain.

CONCLUSIONS: The large extension of Odemira and long distances to PCI center difficult to accomplish the 2015 myocardial reperfusion guidelines, requiring implementation of new strategies to improve accessibility. Although, spending more time with critically ill patients promotes the development of highly skills in monitoring and clinical decision making of prehospital emergency nurses. This is also an opportunity to enhance the safety of these patients.

Keywords - Prehospital; Emergency nursing care; rural region; decision making; Patient Safety.

