



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Esmeralda Maria de Almeida Carvalho

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA
SUBMETIDA A INTERVENÇÃO
CORONÁRIA PERCUTÂNEA**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA
CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A
INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA**

Relatório Final de Estágio

Esmeralda Maria de Almeida Carvalho

Relatório de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Mestre Especialista Igor Emanuel Soares Pinto

Oliveira de Azeméis | 2023

“Tente mover o mundo! O primeiro passo é mover-se a si próprio”.

Platão

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional, pela força que sempre me deram para seguir em frente, em especial ao Ivo e à Beatriz. Desculpem, o tempo que vos roubei.

Ao Professor Igor que desde o início me fez acreditar que seria possível fazer este percurso, mesmo com as dificuldades sentidas. Obrigado por me ajudar a ultrapassá-las sempre.

Ao meu colega do serviço de Cardiologia, Rui Silva, pela disponibilidade que mostrou em colaborar comigo na revisão dos artigos.

A todos os meus colegas de trabalho do serviço de Cardiologia, pela solidariedade que sempre mostraram para conseguir conciliar a minha vida pessoal e profissional durante este percurso.

Aos enfermeiros tutores dos contextos de estágio, por todas as oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram e que levo para a minha vida profissional enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica.

A todos,

Muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC - Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

ESSNCVP – Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FA – Fibrilhação Auricular

FC – Frequência Cardíaca

h – Horas

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LASA - Look-Alike, Sound-Alike

O2 - Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

RX – Raio X

Sat.O2 – Saturação de Oxigénio

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SU – Serviço Urgência

TA – Tensão Arterial

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios Médicos

UPCIRA – Unidade Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A pessoa em situação crítica vivencia processos complexos de saúde-doença, assumindo o enfermeiro especialista na área de cuidados críticos um papel fundamental no cuidado à pessoa em situação crítica, desenvolvendo um conjunto de competências que lhe permitem uma prática de enfermagem avançada. A realização deste relatório final surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio II inserida no plano de estudos do I Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP) e tem por objetivo retratar o percurso desenvolvido na aquisição de competências profissionais de enfermeira especialista e o desenvolvimento de competências em investigação. Desenvolve-se em duas principais componentes: a componente de estágio e a componente de investigação.

Na componente de estágio são apresentados os contextos de estágio, o Serviço de Urgência (SU) e a Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNIC). É também realizada uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas, das atividades realizadas e das competências comuns de enfermeiro especialista e específicas à pessoa em situação crítica desenvolvidas. Por último é apresentado o tema de investigação com foco nas intervenções de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a Intervenção Coronária Percutânea (ICP). Os recentes avanços no tratamento médico da doença coronária, resultam na alta precoce da pessoa submetida a ICP. Os enfermeiros estão numa posição-chave para reconhecer as necessidades da pessoa e prestar-lhes todos os cuidados pré, intra e pós ICP, construindo uma relação terapêutica, promovendo a capacitação da pessoa. Para melhor identificar as intervenções de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a ICP, realizou-se uma Scoping Review com base na metodologia do Joanna Briggs Institute, com o principal objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem direcionadas para a capacitação da pessoa submetida a ICP no regresso a casa. Foram identificadas várias intervenções de enfermagem agrupadas em 3 focos de enfermagem: ansiedade, educação em saúde e autogestão. Verifica-se que um acompanhamento de enfermagem estruturado desde o pré ao pós ICP apresenta melhoria na capacitação da pessoa submetida a ICP através da redução da ansiedade, educação em saúde e nos comportamentos de autogestão.

Palavras chave: Enfermagem, Intervenção Coronária Percutânea, Capacitação

ABSTRACT

The critically ill patient experiences complex health-disease processes, with the critical care specialist nurse taking on a fundamental role in the care of the critically ill patient by which they develop advanced nursing skills in order to achieve excellence. The writing of this final report comes within the scope of the II Curricular Unit Placement inserted in the study plan of the I Master's Degree in Medical-Surgical Nursing within the Nursing Specialty for the Critically Patient of the ESSCVP and aims to portray the path developed in the acquisition of specialist nursing professional skills and the development of research skills. It breaks down into two main components: the placement component and the research component.

In the placement component, its setting, the Emergency Department and the Cardiovascular Intervention Unit are presented. A critical-reflective analysis of the lived experiences, the activities carried out and the common competences of specialist nurses and specific to the critically ill patient is also carried out.

Lastly, the research theme is presented, focusing on the nursing interventions which empower patient undergoing Percutaneous Coronary Intervention (PCI). Recent advances in the medical treatment of coronary disease result in the early discharge of patient undergoing PCI. Nurses are in a key position to recognize patients needs and provide them with all the pre, intra and post PCI care, while building a therapeutic relationship, and promoting their empowerment. To better identify the nursing interventions in empowering patient undergoing PCI, a Scoping Review was carried out based on the methodology of the Joanna Briggs Institute, with the main objective: Mapping the nursing interventions aimed at empowering the patient undergoing PCI to return home. Several nursing interventions were identified and grouped into 3 nursing focuses: anxiety, health education and self-management. It appears that a structured nursing follow-up from pre to post PCI shows improvement in the empowerment of the patient undergoing PCI through the reduction of anxiety, health education and self-management behaviors.

Keywords: Nursing, Percutaneous Coronary Intervention, Empowerment

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Síntese dos Resultados	70
Tabela 2: Indicadores	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma Prisma	69
-----------------------------------	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1. Estágio em contexto de Serviço de Urgência.....	26
1.2. Estágio em contexto de Unidade de Intervenção Cardiovascular	30
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	33
2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	33
2.2. Competências do Domínio da Melhor Continuidade da Qualidade	35
2.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	38
2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	40
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	45
3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	45
3.2. Dinamiza a resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	48
3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas	50
3. Considerações finais	53
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	55
1. Resumo	57
2. Abstract.....	59
3. Fundamentação/enquadramento teórico	61
4. Finalidade e objetivos	65

5. Metodologia	67
5.1. Desenho do estudo	67
5.2. Considerações éticas	68
6. Resultados	69
7. Discussão	73
8. Conclusão	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES.....	97
APÊNDICE I: Q168 – Projeto de Estudo de Investigação	99
APÊNDICE II: Tabela de Extração de Dados.....	109

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica vivencia processos complexos de transição saúde-doença, assumindo o enfermeiro especialista na área de cuidados críticos um papel fundamental neste processo de transição. A teoria das transições de Afaf Meleis conduz os enfermeiros para estarem atentos à reação da pessoa na situação de transição saúde-doença, definindo estratégias com a pessoa, familiares e cuidadores, que facilitem o enfrentamento das mudanças para o controle da doença, identificando os fatores envolvidos, ambientais, condição socioeconômica, apoio familiar e vontade pessoal, melhorando a adaptação ao tratamento de uma forma global (Meleis, 2010). Por outro lado, a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem define autocuidado como sendo a prática de atividades que proporcionam o melhoramento e amadurecem as pessoas, tendo como objetivos a preservação da vida e o bem-estar pessoal, abrangendo todos os aspectos vivenciais, sendo por isso universal (Queirós et al., 2014).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria de Déficit de Autocuidado de Orem, são dois modelos conceptuais que norteiam grande parte da intervenção do enfermeiro na pessoa em situação crítica e que foram os modelos de eleição para o desenvolvimento deste relatório de estágio.

Os enfermeiros estão numa posição-chave para reconhecer as necessidades da pessoa e prestar-lhes todos os cuidados construindo uma relação terapêutica.

A preparação do regresso a casa e o planeamento eficaz da alta após a hospitalização fazem parte da continuidade dos cuidados e isso é cada vez mais visto como importante, tendo em conta a tendência de menor tempo de internamento (Gonçalves-Bradley et al., 2016). Os recentes avanços no tratamento médico resultam na redução da mortalidade na fase aguda da doença coronária, e isso geralmente é acompanhado por alta precoce da pessoa do hospital (Redfern & Briffa, 2014).

Com o avanço tecnológico, a pessoa com patologia cardíaca pode ser submetida a uma vasta gama de técnicas e procedimentos médicos invasivos de diagnóstico e tratamento, onde se inclui a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) para o tratamento da doença coronária. É um procedimento de revascularização das artérias coronárias, através da angioplastia com balão e a colocação de stents (Kurt & Kaşıkçı, 2019). As principais complicações centram-se no local de acesso (hemorragia e aneurisma), nefropatia por produto contraste e evento cardíaco major como enfarte agudo do miocárdio (Conejo et al., 2015).

A crescente utilização da ICP para facilitar o tratamento e o prognóstico de doença coronária significa a necessidade dos enfermeiros estarem mais atentos às necessidades da pessoa submetida a ICP (Mert et al., 2012). Neste contexto de cuidados, cuidar da pessoa após a alta requer uma competência diferenciada (Valaker et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde enfatiza a necessidade para que as pessoas sejam capacitadas como coprodutores da sua própria saúde (WHO, 2013). Verifica-se que uma consequência potencial da redução do tempo de internamento é a falha em responder às necessidades educacionais da pessoa antes da alta (Corones et al., 2009). Faltam normas de enfermagem específicas pós-ICP, com poucas recomendações quanto ao tempo de acompanhamento após a alta (Siefers & Dunkley, 2015).

Hoje em dia deparamos com um papel de enfermagem na hemodinâmica de carácter muito técnico, centrado no procedimento. A realização deste trabalho de investigação surge da necessidade em contrariar esta tendência, identificando as intervenções do enfermeiro que proporcionem um cuidado mais centrado na pessoa, havendo necessidade de uma sistematização da abordagem à pessoa de modo a garantir a equidade e qualidade dos cuidados. Tem como objetivo retratar o percurso desenvolvido na aquisição de competências profissionais de enfermeira especialista e o desenvolvimento de competências em investigação.

Este documento está dividido em duas partes: componente de estágio e componente de investigação.

A primeira parte reporta-se à componente de estágio, que decorreu num Serviço de Urgência (SU) e numa Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNIC) e encontra-se dividida em 4 subcapítulos. No primeiro é realizada inicialmente uma breve contextualização dos estágios, fazendo uma descrição na sua componente física, orgânica e funcional, evidenciando-se as funções do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica nas diferentes áreas da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. No segundo e terceiro capítulo faz-se uma descrição das atividades realizadas para a aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC) na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, destacando situações que maior contributo tiveram para o processo de aprendizagem e aquisição de competências que dão resposta aos objetivos específicos traçados para cada contexto de estágio. Por último são tecidas considerações finais deste estágio em enfermagem médico cirúrgica II, dando evidência aos contributos pessoais e profissionais que este acrescentou à construção da minha identidade como futura enfermeira especialista.

A segunda parte referente à componente de investigação divide-se em 8 subcapítulos, iniciando-se por um enquadramento teórico que sustenta o tema em estudo, a finalidade e os objetivos definidos. Posteriormente descreve-se a metodologia usada e as considerações éticas. Para a apresentação dos resultados, optou-se pela elaboração de uma tabela que faz a síntese dos resultados. Na discussão é apresentada toda a evidência científica que emerge na realização deste trabalho, confrontando com os resultados obtidos. Por último, a conclusão, as potenciais implicações na prática clínica e as considerações finais.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

O Estágio de Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica II decorreu em dois contextos diferentes, com início a 03/01/2022 e término em 31/05/2022, composta por 810 horas, das quais 440 horas corresponderam a horas de contacto na tipologia de estágio. O primeiro contexto de estágio realizou-se num SU e o segundo numa UNIC de um Centro Hospitalar (CH) da região centro do país.

De acordo com o Regulamento do 2º Ciclo de Estudos dos Cursos de Mestrado da ESSNCVP, “os estágios destinam-se a estabelecer uma efetiva ligação ao exercício profissional, possibilitando a aplicação de conhecimentos e desenvolvimento de competências práticas em contexto de unidades ou serviços de saúde, de ação social e educação” (ESSNCVP, 2020 p.5).

Em 2011, procedeu-se à fusão de vários hospitais, com o objetivo de melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, criando os centros hospitalares de modo a reduzir a estrutura orgânica, administrativa e funcional e conseqüentemente as estruturas de gestão, introduzindo instrumentos para uma organização integrada e conjunta, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizando o acesso e o aumento da eficiência dos serviços, tornando a gestão hospitalar das unidades envolvidas mais eficiente. A criação dos centros hospitalares, vem realçar a importância do ensino universitário e da investigação, colaborando com as instituições de ensino, garantindo o seu desenvolvimento (*Decreto Lei 30/2011, 2011*).

O CH onde decorreram ambos os contextos de estágio, é uma instituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que apresenta no seu Plano de Desenvolvimento Estratégico 2020-2022 como principais objetivos o diagnóstico, tratamento e a reabilitação em tempo adequado, com elevados critérios de qualidade; promover o ensino superior e universitário, a formação e a investigação, como dinamizadores para uma prática de excelência. A sua Missão é prestar cuidados de qualidade e diferenciados; a formação pré e pós-graduada de profissionais e investigação; integrar redes e consórcios académicos clínicos nacionais ou internacionais. Tem como Visão, elevados padrões de diferenciação clínica, técnica e científica, de elevada qualidade e segurança e pela promessa de desenvolver conhecimento e inovar. Os seus Valores assentam na dignidade humana, no respeito pela pessoa humana e pelos princípios bioéticos e de deontologia profissional; a honestidade, a integridade, o humanismo, a equidade e a justiça (Centro Hospitalar, 2021).

A estudante exerce funções num serviço de internamento de Cardiologia de um hospital central da região centro do país, há cerca de 20 anos. É também elemento da equipa de enfermagem da consulta externa do mesmo hospital no acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Pulmonar, desde 2006, sendo este CH centro de referência nacional no tratamento de pessoas com esta patologia. Desde 2009 que colabora com a Unidade de Investigação Clínica em Cardiologia no acompanhamento de pessoas a participar em ensaios clínicos no âmbito da cardiologia.

A escolha do contexto de estágio no SU prendeu-se fundamentalmente por este representar uma grande percentagem dos internamentos no serviço de Cardiologia. Conhecer o processo de cuidados desde a admissão no SU até ao internamento torna-se fundamental para o continuum da prestação de cuidados. Segundo o Patient Centered Care, o processo de atendimento da pessoa é uma componente fundamental para melhorar a saúde, a qualidade e a segurança do cuidado e a melhoria da experiência das pessoas (Catalyst, 2017).

A UNIC porque faz parte integrante do serviço de Cardiologia, representando também uma grande percentagem dos internamentos no serviço de cardiologia sendo o principal local de procedimentos invasivos para diagnóstico e tratamento de patologia cardíaca.

De seguida apresenta-se uma descrição de cada contexto de estágio na sua componente física e organizacional, fazendo uma análise crítico-reflexiva do seu funcionamento.

1.1. Estágio em contexto de Serviço de Urgência

O estágio em contexto de SU, realizou-se de 3/1/2022 a 11/3/2022 num total de 220 horas de contato.

Este SU é um serviço de urgência polivalente, que é o nível mais elevado de resposta a situações de urgência e emergência, fazendo dele parte as mais diversificadas valências médicas bem como os meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, as redes de referência das vias verdes e centro de trauma (Ministério da Saúde, 2014). Tornou-se no serviço de referência primária para uma população superior a 460 mil habitantes, sendo a principal porta de entrada da pessoa no Serviço Nacional de Saúde com maior expressão ao nível da Região Centro.

É um serviço bastante amplo e em toda a sua extensão podemos contar com vários setores e várias áreas de especialidade.

O circuito normal da pessoa que recorre à urgência, inicia-se com a Pré-Triagem, sendo este o primeiro contacto da pessoa no SU, com o enfermeiro, que se encontra na porta da urgência. Após a admissão, a pessoa segue para a Triagem, realizada por um enfermeiro

tendo como finalidade priorizar o atendimento da pessoa para o primeiro contacto médico. Após esta triagem, a pessoa segue o seu circuito para as diferentes áreas.

A Área Médica 1, também designada por urgência básica, é o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência (Ministério da Saúde, 2014).

Para a Área Médica 2, são encaminhadas as pessoas que necessitem de observação pelas diferentes especialidades médicas, Medicina Interna, Gastroenterologia, Nefrologia, Cardiologia, Pneumologia, Hematologia e Neurologia. Este espaço está capacitado para dar resposta a situações urgentes que necessitem de monitorização, oxigenoterapia e ventilação não invasiva (VNI), estando equipadas 17 boxes para esse efeito.

São alocadas à Área Cirúrgica, as pessoas que necessitem de observação pelas especialidades médicas de Cirurgia Geral, Cirurgia Vasculuar, Transplantação Hepática e Renal, Neurocirurgia, tendo capacidade para realização de pequena cirurgia.

Para a Área Ortopédica é encaminhada a pessoa com sintomatologia músculo-esquelética, estando esta área estrategicamente situada junto à sala de Imagiologia.

A Área de Psiquiatria tem a particularidade de estar sempre presente um elemento da segurança durante 24h. Aqui são alocados todos os casos de alterações bruscas comportamentais, sendo a pessoa encaminhada diretamente da pré-triagem.

A Sala de Emergência (SE), fica situada em local de acesso fácil e direto à rua cumprindo as Recomendações Técnicas para SE (ACSS, 2019). Caracteriza-se por ser uma sala ampla, que tem capacidade para receber 5 pessoas em situação crítica. Cada “box” está equipada com rampa de O₂ e de aspiração, monitor de tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), Sat.O₂ e traçado eletrocardiográfico, carro de urgência e ventilador. Existem 4 monitores desfibriladores, 1 sistema de compressões torácicas mecânico, máquina de gasometria arterial e medidor de coagulação sanguíneo. Na maioria das vezes a pessoa é acolhida na sala de emergência vinda do exterior, pela ativação das vias verdes de acidente vascular cerebral (AVC), Trauma, Coronária e Sepsis, trazida pelo INEM, equipa de Suporte Imediato de Vida (SIV) ou bombeiros. Outras vezes é durante o processo de pré-triagem ou de triagem que há o reconhecimento de sinais de instabilidade sendo a pessoa encaminhada de imediato para a SE. Muitas vezes a pessoa transita de outras áreas, principalmente da área médica 2 e cirúrgica para a sala de emergência. Quando a pessoa dá entrada na SE é ativada uma sinalização sonora na área médica 2 para que a equipa médica seja ativada. Caso sejam ativadas as vias verdes, é ativada a respetiva especialidade médica, bem como as equipas de

intervenção, como é o caso da cardiologia para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e da neurologia no AVC.

A Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM) é uma unidade de internamento, com 10 camas, para a pessoa que necessita de cuidados médicos de nível II, conforme indicação da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. É destinada a doentes que necessitam de monitorização contínua multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, que não necessitam de ventilação mecânica invasiva (Paiva et al., 2016). A pessoa é alocada à UCIM em regime de internamento, permanecendo ali até que a sua condição permita o internamento noutra serviço.

O Gabinete de Informações situa-se no *hall* de entrada do SU, pois facilita o acesso a familiares que estão na sala de espera. Está sempre um enfermeiro distribuído no gabinete de informações das 8h às 24h que faz a receção da pessoa significativa ou familiar de referência, centralizando assim toda a informação num cuidador principal que assenta fundamentalmente nas diferentes fases do atendimento. Procura-se “promover a visibilidade dos cuidados de saúde ao nível da relação de ajuda, aumentando a satisfação dos familiares” (*Lei 33/2009, de 14 de Julho, 2009, p. 200*).

Ao longo dos anos, todos estes espaços foram alvo de alterações na sua estrutura inicial, pelo que este SU, não apresenta as melhores condições físicas, tendo em conta o elevado número de pessoas que aqui são atendidas diariamente e também pelo contexto atual de pandemia devido à Covid 19, que obrigou a uma constante reorganização dos espaços. Apesar das constantes alterações, todos os espaços cumprem os requisitos que constam nas Recomendações Técnicas Para Serviços de Urgência (RT 11/2015) que define uma “lista de todos os compartimentos e funcionalidades que possam existir em unidades de urgências podendo existir algumas incompatibilidades, redundâncias ou desproporções” (ACSS, 2015, p. 1).

Na sua constituição orgânica, a equipa de enfermagem é composta por 168 enfermeiros, dos quais 63 são especialistas em EMC. O cálculo para as dotações seguras dos cuidados de enfermagem tem em consideração as competências profissionais e a formação dos enfermeiros, pelo que o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), de 25 de setembro, do Diário da República, recomenda que 50% dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem dos SU sejam especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em permanência nas 24 horas (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Neste momento alguns enfermeiros ainda se encontram a frequentar a Especialidade de Médico Cirúrgica, pelo que se prevê que rapidamente este SU atinja os 50% de especialistas preconizados.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro do Diário da República, recomenda-se que o enfermeiro que está no posto de triagem tenha formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades e seja, preferencialmente, especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O artigo 21.º, do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, do Diário da República, determina que os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência, devem ser enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Recomenda-se também que 50% dos enfermeiros que asseguram o posto de trabalho na UCIM sejam, preferencialmente, enfermeiros especialistas com a especialidade em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência, nas 24 horas (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Baseando-se nestas premissas, o enfermeiro coordenador especialista em EMC tem sempre atenção à distribuição dos enfermeiros EMC para as 24h, assumindo este a responsabilidade de turno em áreas específicas como a triagem, área médica 2, área cirúrgica, SE e UCIM. O enfermeiro especialista EMC responsável de turno, faz uma gestão eficaz de recursos humanos e materiais, da área que lhe foi atribuída, garantindo a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados.

A equipa de enfermagem trabalha segundo o método individual, que consiste na abordagem de assistência total à pessoa, assumindo um enfermeiro a total responsabilidade pelos cuidados de enfermagem a um grupo de pessoas durante um turno (Almeida Ventura-Silva et al., 2021). Mantém-se sempre uma atitude de cooperação e interajuda entre a equipa de enfermagem dos diferentes setores que constituem o SU.

Para este contexto de estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na avaliação clínica da pessoa que recorre ao serviço de urgência através do método de triagem de prioridades de Manchester no SU.
- Adquirir competências no domínio da gestão e organização dos cuidados, recursos humanos e materiais, promovendo uma cultura de qualidade e segurança.
- Conhecer as diferentes áreas da prestação de cuidados no SU.
- Desenvolver competências especializadas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com supra desnivelamento do segmento ST.

1.2. *Estágio em contexto de Hemodinâmica-UNIC*

Este estágio desenvolveu-se na UNIC de 14/03/2022 a 31/05/2022, num total de 220 horas de contacto.

A UNIC é uma unidade altamente especializada de intervenção cardiovascular onde se realizam vários procedimentos cardíacos e vasculares invasivos, nomeadamente o cateterismo diagnóstico, a intervenção coronária percutânea, a intervenção carotídea, os apêndices auriculares, as comunicações interauriculares e interventriculares e intervenção da cardiologia pediátrica. É centro de referência nacional para cardiologia estrutural de intervenção valvular cardíaca. O setor de eletrofisiologia também faz parte integrante da UNIC, desenvolvendo a sua atividade na implantação de pacemaker definitivo, de cardiodesfibriladores, realização de estudo eletrofisiológico e ablação de arritmias cardíacas. Todas as salas estão equipadas com recursos tecnológicos de alta complexidade.

A equipa de enfermagem é constituída por 18 elementos, dos quais 6 são enfermeiros EMC, 1 especialista em Saúde Comunitária e 1 especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, sendo única para os dois polos, estando diariamente distribuída pelos diferentes setores que integram a UNIC. De acordo com o Regulamento nº743/2019 do Diário da República, o cálculo para as dotações seguras para Unidades de Exames Especiais, onde se integra a UNIC, preconiza a distribuição de 1 enfermeiro por sala, acrescentando 1 enfermeiro quando há necessidade de sedação/anestesia, preferencialmente EMC à Pessoa em Situação Perioperatória, e em procedimentos invasivos com técnica assética cirúrgica, acresce mais 1 enfermeiro por sala. Nos exames especiais de pediatria com sedação/anestesia, recomenda-se a existência de 2 enfermeiros, 1 dos quais especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ainda de acordo com o mesmo regulamento “à pessoa submetida a procedimento de anestesia/sedação, recomenda-se a alocação de enfermeiros para as fases de recobro, nas proporções e competências adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 147).

Segundo o Conselho de Enfermagem da OE, a dotação da sala de angiografia e cardiologia de intervenção, dadas as características específicas do doente cuidado nestas unidades, a equipa de enfermagem deve incluir enfermeiros especialistas em EMC à Pessoa em Situação Crítica (Ordem Enfermeiros, 2020).

Tendo em conta a diferenciação de procedimentos existente, a distribuição dos enfermeiros é realizada pelo enfermeiro coordenador com base nestas premissas, dado o número reduzido de enfermeiros especialistas em EMC que integram a equipa, dando prioridade aos procedimentos que implicam a ventilação invasiva da pessoa, de cardiologia pediátrica,

intervenção estrutural valvular e ICP por Rotablator® (Rotational Atherectomy System) para doença coronária de difícil revascularização.

O recobro é onde se faz o acolhimento e preparação da pessoa antes e após o procedimento. Aqui está diariamente distribuído 1 enfermeiro, preferencialmente EMC, não sendo isso sempre possível, pois como referido anteriormente, o número de especialistas EMC é reduzido, pelo que é dada prioridade à distribuição dos enfermeiros EMC em salas com procedimentos mais complexos. A pessoa permanece no recobro no mínimo 2h após o procedimento tendo alta para o domicílio. Caso hajam intercorrências, como o local de acesso ser femoral em vez de radial, a pessoa permanece entre 4h a 6h. Quando a pessoa é submetida a ICP é internada no serviço de cardiologia ou na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) com monitorização contínua durante 24h.

A equipa de enfermagem da UNIC integra diariamente duas equipas de prevenção para Via Verde Coronária, de 2ª a 6ª feira, das 20h às 8h, e ao fim de semana e feriados durante 24h.

Para este contexto de estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Adquirir competências no domínio da gestão e organização dos cuidados, recursos humanos e materiais, promovendo uma cultura de qualidade e segurança;
- Conhecer de todas as diferentes áreas da prestação de cuidados da UNIC;
- Desenvolver o processo de enfermagem identificando as intervenções autónomas à pessoa proposta para ICP admitida na UNIC.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Assiste-se a uma exigência técnica e científica cada vez maior dos profissionais de saúde assumindo-se que a sua diferenciação passa por uma necessidade crescente de uma especialização.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o enfermeiro especialista é aquele “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Ordem Enfermeiros, 2015).

São quatro os domínios das competências comuns: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens.

2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

De acordo com o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, pressupõe-se que o enfermeiro especialista “desenvolva uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4745).

A base da prestação de cuidados de enfermagem é o respeito pela dignidade da pessoa, sendo esta um ser único, portador de um conjunto de crenças e valores que constituem aquilo que a pessoa é e a maneira como vivê-la cada momento.

A profissão de enfermagem rege-se por um conjunto de direitos e deveres, de acordo com o código deontológico, inserido no Estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei 156/2015 de 16 de setembro. A igualdade, a liberdade responsável, a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados são os valores universais e princípios orientadores que se destacam (*Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro, 2015*).

A pessoa em situação crítica encontra-se numa situação de elevada suscetibilidade quer a nível da sua condição física, quer a nível da sua condição emocional. As condicionantes éticas, deontológicas e legais, levam a uma elevada responsabilização do enfermeiro, assumindo este um papel primordial na tomada de decisão. Existe uma forte relação entre o

pensamento crítico e a tomada de decisão, identificando-se que os enfermeiros de cuidados críticos apresentaram níveis elevados de pensamento crítico e de tomada de decisão clínica (Ludin, 2018).

De salientar que perante a imprevisibilidade que é o trabalho de enfermagem no SU, na medida que o número de pessoas assistidas pode duplicar ou mesmo triplicar durante um turno, o enfermeiro especialista EMC, conseguiu sempre manter presente todos os valores éticos, morais e legais que lhe estão inerentes para o exercício da profissão. O enfermeiro EMC responsável de turno, mesmo em condições muito pouco favoráveis em *open space* com áreas sobrelotadas de pessoas, identifica situações mais suscetíveis garantindo a preservação da privacidade da pessoa durante a prestação de cuidados proporcionando a sua resolução junto do enfermeiro de cuidados gerais responsável pela pessoa.

Na SE para a aquisição desta competência, participou-se e observou-se várias vezes a atuação da equipa de enfermagem nos cuidados à vítima, no procedimento legal de realização de colheitas de espécimes que seguem com as autoridades para o instituto de medicina legal para realização das respetivas análises (pesquisa de estupefacientes, álcool, e outras substâncias). O enfermeiro EMC responsável da SE acompanha todo este processo na presença das autoridades policiais que assistem a todos os cuidados à vítima desde a admissão à colheita das análises.

A UNIC, pela sua especificidade na área da intervenção, realização de atos diagnósticos e terapêuticos invasivos maiores, implica o consentimento informado por escrito. Ou seja, a pessoa deve “receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativas” (ERS, 2020). O Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 define como pilar 3 a comunicação, “adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador” (*Despacho nº 9390/2021 /DRE, 2021, p. 101*).

O consentimento informado, livre e esclarecido deve ser atualizado, promovendo a sua adequada utilização no processo de comunicação clínica à pessoa (DGS, 2021). Muitas vezes deparamo-nos com a falta deste documento momentos antes da intervenção, pelo que o enfermeiro EMC responsável pela admissão no recobro contacta imediatamente o médico garantindo que este é assinado antes do procedimento. O enfermeiro EMC assume o papel de advogado do doente, garantindo e validando o seu conhecimento sobre o procedimento e assegurar que o consentimento foi mesmo informado, esclarecendo quaisquer dúvidas que ainda existam.

Acontece algumas vezes a pessoa que é admitida eletivamente, não aceitar bem o facto de ficar internada após o procedimento para uma maior vigilância. É da competência do

enfermeiro EMC, esclarecer todas as dúvidas, desenvolvendo estratégias de comunicação adaptadas à pessoa ou família e às suas capacidades, considerando a literacia em saúde, fazendo entender a importância do internamento pós ICP, sendo estes elementos fundamentais para a tomada de decisão e consentimento das intervenções de enfermagem. Durante este estágio foram várias as oportunidades que tive de vivenciar estas realidades nos diferentes contextos de SU e UNIC, através da observação do desempenho do enfermeiro EMC, tentando dar sempre o meu contributo pessoal, participando ativamente no processo de tomada de decisão.

2.2. *Competências do Domínio da Melhor Continuidade da Qualidade*

De acordo com o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, pressupõe-se que o enfermeiro especialista “garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; que desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; que garanta um ambiente terapêutico e seguro” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4745).

Atualmente o plano de formação geral deste CH, estabelece que todos os serviços se organizem em grupos de trabalho, que se dividem em diferentes áreas: Gestão do Risco, Prevenção de Úlceras de Pressão, Controlo da Dor, Elo de Ligação com Unidade de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência a Antimicrobianos (UPCIRA), Controlo da Dor e Sistemas de Informação. Preconiza-se que o responsável pelo plano de formação de cada serviço, seja sempre enfermeiro especialista. Cada serviço adequa a formação à área específica da prestação de cuidados, elaborando documentos com normas e procedimentos específicos de cada área de atuação, de consulta rápida, tendo como principal objetivo garantir a melhor qualidade com base na mais recente evidência científica.

O SU apresenta grupos de trabalho bem definidos, liderados por enfermeiro EMC, sendo estes os elos de ligação dos diferentes grupos de trabalho. A par destes grupos de trabalho, existe ainda formação obrigatória para todos os profissionais de enfermagem que integram a equipa, como a formação obrigatória em Triagem de Prioridades de Manchester e de SAV. No contexto da UNIC, verifica-se que não existem grupos de trabalho definidos, estando toda a formação centralizada no enfermeiro coordenador da UNIC, especialista em Saúde Comunitária. Este vai delegando nos enfermeiros especialistas EMC alguma formação, quando se sente necessidade de aprofundar algum tema específico. Há uma grande preocupação e um investimento pessoal dos enfermeiros em aprofundar conhecimentos nas diferentes áreas de intervenção, pois é uma área com técnicas e procedimentos bastante

diferenciados e avançados, que exige a definição de instruções de trabalho para cada área de intervenção. Neste contexto, uma prática baseada na mais recente evidência científica, adquire uma extrema importância tendo bastante impacto na qualidade e eficiência dos cuidados. Considero que há pouco investimento da equipa na realização de formação contínua sobre as intervenções autónomas de enfermagem, como por exemplo, na técnica de compressão manual da artéria femoral, no despiste precoce de complicações, na importância do acompanhamento de enfermagem da pessoa submetida a intervenção estrutural valvular e coronária na UNIC.

Um dos pilares do PNSD 2021-2026 é a comunicação, que apresenta maior enfoque na transição de cuidados, seja na passagem de informação a outros elementos da equipa multidisciplinar e na transferência de responsabilidade, promovendo a segurança dos cuidados.

Segundo a Norma nº 001/2017 de 08/02/2017, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança da pessoa, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (I-Identificação, S-Situação atual, B-Antecedentes, A-Avaliação e R-Recomendações) aplicando-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos entre profissionais de saúde. (DGS, 2017).

No SU, cada turno de trabalho inicia-se pela passagem de turno em que o enfermeiro EMC responsável pelo turno anterior passa toda a informação pertinente para a continuidade dos cuidados. Por vezes torna-se muito complicado esta transição da informação, devido a alguns fatores como o ruído que se faz sentir na sala, o número elevado de pessoas alocadas por área, as solicitações constantes dos restantes elementos da equipa multidisciplinar. A transição de informação decorre depois da equipa enfermagem estar toda reunida, tentando o máximo de proximidade física à pessoa o que se torna por vezes muito difícil devido ao número de pessoas alocadas, o que impossibilita a identificação pelo nome da pessoa, sendo identificadas apenas pelo número da maca, o que põe em risco a segurança da pessoa. Por se terem identificado algumas lacunas na transição da informação, existe um projeto de melhoria contínua liderado por um enfermeiro EMC, para implementação da técnica ISBAR. O ISBAR favorece a transição da informação de uma forma mais focada e consistente e fomentando o diálogo entre os enfermeiros. É recomendado para melhorar a comunicação enfermeiro-enfermeiro e reduzir o tempo gasto com atividades não pertinentes e informações durante a passagem de turno (Cornell et al., 2014).

O PNSD 2021-2026 preconiza como pilar 5, práticas seguras em ambientes seguros. O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a

efetividade dos mesmos sendo importante implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.

Enquadrada na cultura de segurança está a identificação inequívoca da pessoa, que se faz de acordo com a Orientação da DGS 018/2011 através da atribuição de pulseira de identificação, considerando-se elementos de identificação fidedigna da pessoa, o nome, data de nascimento e número do processo hospitalar (DGS, 2011).

De salientar a necessidade constante que existe em contexto de urgência de alocar pessoas em maca, que se encontram numeradas, atribuindo-se no sistema de informação SClinic® o número da maca à pessoa logo no momento de triagem ou em qualquer outro momento durante o seu percurso no SU. Para isto, o enfermeiro especialista EMC responsável pela área, é informado dessa necessidade, confirmando sempre a identificação da pessoa para que não haja qualquer erro na identificação inequívoca em contexto de urgência e desta forma assegurar a segurança da pessoa, tendo um papel de destaque no âmbito da promoção de uma cultura de segurança dos cuidados. Neste contexto, adotou-se sempre um comportamento e atitude que promovesse a segurança da pessoa, verificando sempre a existência de pulseira de identificação, confirmando os respetivos dados da pessoa antes de qualquer procedimento.

Na UNIC, a admissão da pessoa é realizada em hospital dia, no recobro, imprimindo a respetiva pulseira de identificação, exceto nos casos de admissão através de um serviço de internamento em que a pessoa já tem pulseira de identificação. Quando a pessoa é admitida em contexto de urgência/emergência através da via verde coronária a pulseira é impressa aquando da admissão no SU.

As diferentes áreas que constituem o SU têm disponível a medicação que é mais utilizada, que provém de um armazém de reposição por níveis. De acordo com a Norma 020/2014 de 30 de dezembro da Direção Geral da Saúde (DGS), “as instituições prestadoras de cuidados de saúde, são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA (Look-Alike, Sound-Alike)” (DGS, 2014, p. 1).

No SU, o cumprimento desta norma não se verifica, encontrando-se toda a medicação das diferentes áreas organizada por ordem alfabética, por nome do princípio ativo sem a terminação LASA, organizados por forma terapêutica (oral, endovenoso/intramuscular) e classe (antibióticos). Este foi um tema alvo de reflexão com o enfermeiro tutor EMC e também com a enfermeira chefe do SU, que apesar de ter consciência desta realidade, ainda não concretizou um plano de melhoria continua nesta área.

Na UNIC, devido ao processo de acreditação recente, toda a medicação está de acordo com a norma supracitada.

Durante o percurso no estágio II, compreendeu-se a importância do papel do enfermeiro EMC, mostrando-se este um elemento fundamental em todo o processo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde e na promoção de uma cultura de segurança.

2.3. *Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados*

De acordo com o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, pressupõe-se que o enfermeiro especialista desempenhe funções de “gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde e a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (*Regulamento nº 140/2019 | DRE, 2019 p. 4745*).

Das competências do enfermeiro de cuidados gerais emanam conceitos centrais da gestão de cuidados, nomeadamente ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e sua supervisão (Ordem Enfermeiros, 2012). É expectável que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Para o efeito é sobejamente importante que seja capaz de disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa. O enfermeiro coordenador é diariamente confrontado com problemas de difícil resolução e de análise criteriosa, interagindo com uma equipa multidisciplinar que lhe exige estar ao mais alto nível no processo de tomada de decisão.

Para garantir a aquisição da competência no domínio da gestão de cuidados, defini para ambos os contextos de estágio, SU e UNIC, o objetivo específico: adquirir competências no domínio da gestão e organização dos cuidados, recursos humanos e materiais, promovendo uma cultura de qualidade e segurança.

De acordo com o artigo 21.º, do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, do Diário da República, os enfermeiros designados como coordenadores funcionais de turno, devem ser enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ministério da Saúde, 2014). De acordo com o mesmo Despacho 10319/2014, estes devem ter formação em comunicação e relacionamento em equipa, gestão de stress e de conflitos, comunicação do risco e transmissão de más notícias.

A Enfermeira Gestora do SU escala os enfermeiros no horário constituindo dez grupos, sendo que, em cada grupo, tem o cuidado de integrar um enfermeiro coordenador e um

subcoordenador, procurando assim introduzir o equilíbrio nas equipas e simultaneamente experiência na gestão das dinâmicas do serviço, elevando o nível de cuidados prestados.

Realizaram-se dois turnos com o enfermeiro coordenador do SU, especialista em EMC, onde se observou as suas funções, nomeadamente, a avaliação das necessidades do serviço, a gestão os recursos disponíveis, garantindo a qualidade dos cuidados. Este começa o turno fazendo uma avaliação dos vários setores do SU e se necessário vai ajustando os recursos às necessidades de cada área ao longo do dia, procedendo à elaboração da distribuição dos enfermeiros pelos vários setores da urgência para as 24 horas do dia seguinte.

Para além da gestão de recursos humanos, o enfermeiro coordenador também tem a função de verificar se a reposição de material consumível foi assegurada pelo serviço de aprovisionamento; fazer o pedido do *stock* de medicação semanal procedendo ao seu acondicionamento em local próprio; gerir todo o processo de entrega e receção do material esterilizado da urgência com a central de esterilização; facilitar a articulação entre as várias áreas do SU ou outros serviços do hospital; proceder ao encaminhamento dos doentes com transferência para outros hospitais ou outras instituições, avaliando sempre a condição da pessoa, definindo a necessidade de acompanhamento por enfermeiro ou não, através da Escala de Estratificação de Risco em Transporte de Doentes preconizada pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Ordem dos Médicos, 2008).

Acompanhou-se sempre o enfermeiro tutor especialista em EMC nas diferentes áreas de atuação. Quando se inicia um turno de trabalho, são atribuídos previamente os diferentes postos de trabalho pelo enfermeiro coordenador do turno da noite, sendo o enfermeiro especialista EMC, sempre o responsável pela área que lhe é atribuída. Na maior parte dos dias, encontramos logo no início do turno, áreas completamente lotadas, o que exige dos profissionais uma capacidade de organização extrema, de forma a prestar a melhor assistência possível garantindo a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados. Após a passagem de turno, o enfermeiro EMC responsável, confirma que a área que lhe é atribuída cumpre todos os requisitos técnicos, materiais e humanos, notificando o enfermeiro coordenador especialista EMC quando algo não se encontra em conformidade, assegurando que tudo esteja de acordo para a continuidade da prestação de cuidados em ambiente seguro.

No contexto de UNIC, existe um enfermeiro coordenador para toda a unidade que realiza os horários mensais dos profissionais que já inclui a distribuição diária pelos diferentes setores que constituem a UNIC. Como engloba polos diferentes, há um enfermeiro coordenador em cada polo que assegura o funcionamento de todas as áreas de intervenção, tendo em conta a listagem prévia de intervenções programadas. Este assegura todos os pedidos de reposição

semanal de *stock* de medicação, material de consumo clínico e de reposição por níveis pelo serviço de aprovisionamento.

O enfermeiro coordenador da UNIC é enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, assumindo a função de gestão a par das suas funções na prestação de cuidados de qualidade, sendo um profissional que se diferencia, nas competências relacionais, comunicacionais e de liderança bastantes desenvolvidas, promovendo a melhor organização do trabalho da equipa, assumindo o papel principal na resolução de situações imprevisíveis.

Em ambos os contextos de estágio os enfermeiros especialistas assumem o papel de responsável de turno, tal como está recomendado no parecer conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC, enfermeiros estes que se verificou serem detentores de competências comuns sendo portanto excelentes contributos para aquele que foi o desenvolvimento de competências do grau de Mestre que pressupõe que seja atribuído a quem demonstrar “ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (*Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto | DRE, 2018, p. 4162*).

2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, pressupõe-se que o enfermeiro especialista “desenvolva o autoconhecimento e a assertividade e baseie a sua prática clínica especializada em evidência científica” (*Regulamento nº 140/2019 | DRE, p.3745*).

Para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais definiu-se como objetivo específico para este estágio II: conhecer de todas as diferentes áreas da prestação de cuidados dos dois contextos de estágio, SU e UNIC.

Durante a permanência no SU, a estudante sentiu-se parte integrante da equipa, mostrando total disponibilidade para prestação de cuidados, proporcionando-se vários momentos de reflexão informais que foram promotores de crescimento e desenvolvimento. Houve a oportunidade de participar e assumir os cuidados à pessoa sempre com a supervisão do enfermeiro tutor ou noutro colega em quem delegava essa função, o que permitiu o desenvolvimento de uma aprendizagem sistematizada e estruturada, complementada por pesquisa bibliográfica pertinente de evidência científica comprovada. A imprevisibilidade de situações que podem surgir, proporcionaram uma grande diversidade de experiências, pelo

que o principal foco foram as situações urgentes/emergentes, quer por entrada direta do exterior na SE, quer por instabilidade da pessoa durante o seu circuito no SU. A SE foi sem dúvida o local onde surgiram as experiências mais relevantes para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sentindo necessidade de aprofundar conhecimentos na abordagem ABCDE à pessoa, tendo em conta as diferentes situações de admissão da pessoa na SE.

Na UNIC o turno de trabalho inicia-se pela atribuição dos diferentes postos de trabalho pelo enfermeiro coordenador da unidade, verificação e confirmação da agenda de intervenções programadas para o dia. Cada enfermeiro dirige-se à sua sala de trabalho que lhe é atribuída, iniciando o seu trabalho por confirmar que todo o material de consumo clínico está disponível e todos os equipamentos se encontram operacionais. Devido ao carácter técnico da UNIC, é exigido ao enfermeiro especialista EMC competências técnico-científicas altamente desenvolvidas, pressupondo-se uma compreensão complexa sobre muitos temas interligados, como anatomia e fisiologia, monitorização, exames auxiliares de diagnóstico, terapias medicamentosas e equipamentos médicos. Sentiu-se uma premente necessidade de aprofundar conhecimentos sobre fisiopatologia cardíaca, sintomatologia, fármacos (indicações, contraindicações, efeitos secundários, preparação e administração), ventilação invasiva, bem como monitorização invasiva e não invasiva (tipos de monitorização, intervenções de enfermagem e interpretação de parâmetros).

Foi importante a realização de turno nos diferentes setores da UNIC, participando em procedimentos específicos no setor de eletrocardiografia como a ablação de arritmias cardíacas, colocação de pacemaker definitivo e cardiodesfibriladores, e também na sala híbrida, onde se realizam os procedimentos de cardiologia de intervenção estrutural de substituição valvular. Sentiu-se a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da especificidade de cada procedimento, através da consulta dos protocolos existentes em cada área com instruções de trabalho específicas para cada procedimento.

Para a continuidade do desenvolvimento da competência supracitada definiu-se para o contexto de UNIC o seguinte objetivo específico: desenvolver o processo de enfermagem identificando as intervenções autónomas à pessoa proposta para ICP admitida na UNIC.

A maioria das ICP que se realizam na UNIC, são admitidas eletivamente. Ou seja, a pessoa é admitida vinda do domicílio, para realizar intervenção que pode ser de diagnóstico (angiografia) ou mesmo para tratamento de doença coronária, realizando ICP.

A pessoa, familiares ou acompanhantes, são acolhidos na sala de recobro pelo enfermeiro responsável, que previamente já consultou os antecedentes da pessoa, confirmando a medicação que toma e que suspendeu antes do procedimento (anticoagulantes), história de

alergias de modo a prevenir complicações. São informados os familiares ou acompanhantes sobre o procedimento em si e do tempo de demora médio. Já no recobro, enquanto aguarda a o procedimento, a pessoa é preparada, avaliando-se sinais vitais, verifica-se a viabilidade do acesso radial e/ou femoral avaliando as características do pulso.

Durante o procedimento, o enfermeiro tem a função de instalar a pessoa na mesa operatória, monitorizando-a, preparar e administrar toda a medicação protocolizada, e medicação de emergência. Disponibilizar todo o material necessário à realização do procedimento (cateter de diagnóstico, fios guias, balões de dilatação, stents). Há sempre um cuidado de manter o diálogo com a pessoa, informando-a das diferentes etapas da ICP, envolvendo-a no processo de cuidados e consequentemente na redução da ansiedade que está subjacente à realização do procedimento.

Após o procedimento, o enfermeiro é responsável pela hemóstase do acesso, removendo o introdutor confirmando a existência de fluxo arterial pelo sangramento mínimo no óstio da punção. A compressão manual deve ser mantida no mínimo 10 minutos até alcançar a hemóstase, realizando-se penso compressivo de seguida (Leão et al., 2022). Caso a punção seja radial é colocada uma pulseira hemostática, TRBAND® Radial Compression Device.

A pessoa regressa ao recobro, onde permanece com monitorização contínua de sinais vitais. É avisada a família ou acompanhantes do término do procedimento e do tempo de permanência médio no recobro ou da necessidade de ficar internado até ao dia seguinte para uma maior vigilância. Este é o momento, onde a pessoa e família fazem algumas questões relacionadas com o diagnóstico de doença coronária, bem como os cuidados a ter no regresso a casa, tentando ao máximo o enfermeiro do recobro, esclarecer todas estas dúvidas. Acontece por vezes que quando confrontada com a necessidade de internamento para uma maior vigilância, a pessoa recusa, exercendo o enfermeiro um papel fundamental no esclarecimento dos riscos inerentes a esta recusa, na promoção de uma decisão informada, conhecendo os riscos associados e promovendo uma consciencialização da importância de cumprir com as recomendações médicas para o sucesso da intervenção.

Verifica-se que não existe na UNIC qualquer acompanhamento pré e pós procedimento da pessoa submetida a ICP, suscitando um especial interesse para a realização da componente de investigação deste relatório final na área das intervenções de enfermagem à pessoa submetida a ICP. Constata-se uma enorme lacuna no acompanhamento da pessoa submetida a ICP na UNIC, pelo que as intervenções de enfermagem são focadas numa dimensão mais técnica do procedimento e se limitam ao dia. Neste momento existe um projeto do serviço para implementar uma consulta de enfermagem à pessoa submetida a intervenção estrutural valvular, liderado por um enfermeiro especialista EMC.

Houve sempre um grande interesse no trabalho desenvolvido de uma forma global e, sempre que possível, contribuiu-se individualmente para o seu incremento, sendo todas as experiências, em ambos os contextos, construtivas e de relevância para a aprendizagem e desenvolvimento de competências do grau de Mestre que preconiza que o enfermeiro “desenvolva e aprofunde conhecimentos que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (*Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto / DRE, 2018, p. 4162*).

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem uma abrangência muito vasta, destacando-se diferentes áreas de cuidados de enfermagem, onde se incluem os cuidados críticos, emergindo a necessidade de especificar competências tendo em conta o seu destinatário (Ordem Enfermeiros, 2018).

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica, que “são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato” (Ordem Enfermeiros, 2018, p. 19362).

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, definidas pelo Regulamento 429/2018 de 16 de Julho são: Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação; Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.

3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho, pressupõe-se que o enfermeiro especialista em EMC á pessoa em situação critica mobilize todos os seus conhecimentos e habilidades, respondendo em tempo útil e de forma holística à complexidade das situações de saúde da pessoa em situação critica, à sua família/cuidador (Ordem Enfermeiros, 2018).

Para o desenvolvimento desta competência foram definidos alguns objetivos específicos, nomeadamente no contexto de SU um dos objetivos específicos foi: desenvolver competências na avaliação clínica da pessoa que recorre ao serviço de urgência através do método de triagem de prioridades de Manchester no SU.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, publicado no Diário da República n.º 153, Série II, de 11 de agosto, os sistemas de triagem de prioridades são obrigatórios em todos os SU de forma a “distinguir graus de prioridade, de modo a que, se houver tempo de espera, se

exercçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação médica” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20677).

Os serviços de urgência são confrontados diariamente com uma grande afluência de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas, pelo que é essencial a existência de um sistema de triagem que permita assegurar que estes doentes são observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada. Segundo o Grupo Português de Triagem, todos os enfermeiros devem ter no mínimo seis meses de experiência no SU e formação obrigatória em Triagem de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2021).

A triagem por prioridades exige uma correta metodologia de trabalho, que seja coerente, que respeite as boas práticas em situação de urgência e de emergência, que seja fiável e objetiva e que não constitua um obstáculo ao bom funcionamento do SU pela incorreta triagem de doentes.

O sistema constitui uma opção válida e reúne algumas vantagens: garante a uniformidade de critérios ao longo o tempo e com as diversas equipas de serviço; acaba com a triagem do porteiro, que encaminha o doente sem critério objetivo, e permite a decisão tomada cientificamente, pondo de lado argumentos rudimentares; protege o doente realmente urgente e o enfermeiro que faz a triagem, prevê uma triagem individual (caso a caso), bem como as situações de exceção (com múltiplos doentes); não implica um investimento financeiro exagerado, é rápida de executar; é um sistema já testado; permite auditorias internas e externas, o que garante a qualidade do sistema (Grupo Português de Triagem, 2021).

A área da Triagem é da responsabilidade do enfermeiro EMC pelo seu desenvolvimento de competências na área da gestão e também pela complexidade de todo o processo, pois é de uma correta triagem da pessoa que resulta um bom e célere atendimento sempre com vista à segurança do doente. Para que a informação seja o mais fidedigna possível há, sempre que seja necessário, um diálogo com familiares, ou acompanhantes da pessoa, quando esta não se encontra capaz de transmitir a informação. É extremamente importante fazer uma análise pormenorizada dos sintomas da pessoa para se enquadrar num problema. A existência de fluxogramas de triagem, cerca de 52, ajudam o enfermeiro na tomada de decisão, exigindo deste um raciocínio lógico e uma elevada capacidade de juízo clínico. Muitas vezes é ativada uma Via Verde durante o processo de triagem, principalmente a Via Verde AVC e a Via Verde Coronária sendo a pessoa encaminhada imediatamente para a sala de emergência.

No contexto atual de pandemia por COVID-19, foi criado o posto de trabalho de Pré-Triagem. O primeiro contacto do doente no SU é com o enfermeiro EMC, que se encontra na porta da urgência, fazendo uma avaliação imediata das necessidades da pessoa, decidindo o seu

encaminhamento, reduzindo os tempos de espera desde a admissão até à triagem, encaminhando a pessoa em situação emergente, garantindo sempre a sua segurança. Destaca-se um caso de encaminhamento direto para a SE de uma pessoa que recorreu à urgência por palpitações, e apresentava arritmia grave, sendo imediatamente submetida a cardioversão elétrica. Outra situação foi uma pessoa que chega à pré-triagem com desconforto torácico desde o dia anterior e cansaço, apresentando-se pelos próprios meios, sendo encaminhado imediatamente a fazer ECG que confirmou um EAM. No contexto da atual pandemia, faz a pré-triagem da pessoa com sintomatologia respiratória, encaminhando casos de suspeita Covid 19 para a Área Dedicada Covid.

Desta forma, o enfermeiro EMC pela sua capacidade de avaliação, tomada de decisão e definição de prioridades assume-se como o principal agente para uma gestão mais eficaz, promovendo a qualidade do sistema.

Outro objetivo específico definido para o contexto de SU foi: desenvolver competências especializadas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com EAM com supra desnivelamento do segmento ST.

Os Síndromes Coronárias Agudas incluem a Angina Instável, o EAM sem supra-desnivelamento de ST e o EAM com supra-desnivelamento de ST (Roffi et al., 2015). O EAM com supra desnivelamento de ST é uma verdadeira emergência médica em que à medida que o tempo passa as possibilidades de reperfusão miocárdica diminuem (Ibanez et al., 2018). Os sintomas mais comuns são a dor precordial, tipo aperto, peso ou opressão com irradiação ao braço esquerdo, costas e/ou pescoço, sudorese, náuseas, vômitos, dispneia, ansiedade, epigastralgia (INEM, 2020).

O tratamento preferencial é a ICP, que demonstrou melhores resultados se executada nas primeiras 2 horas após o início dos sintomas, recomenda-se que seja inferior a 30 minutos após a entrada no hospital. No entanto, se os doentes estiverem a mais de uma hora de um centro de hemodinâmica deve ponderar-se o uso de fibrinolíticos. A fibrinólise é especialmente eficaz se efetuada nas primeiras 2-3 horas após o início dos sintomas (Ibanez et al., 2018). Após a ICP a pessoa é encaminhada para a UCIC ou transferida no mesmo dia para o hospital de referência após ICP primária bem-sucedida, sem isquemia do miocárdio persistente, arritmia ou instabilidade hemodinâmica (Ibanez et al., 2018). Este transporte é assegurado pela equipa de transportes do SU, constituída por médico e enfermeiro.

Na Via Verde Coronária, a situação é muito clara pois existe um algoritmo específico intitulado “Dor Torácica”, em que o discriminador “Dor Precordial” indica a prioridade Laranja (Muito Urgente). Outros problemas identificados como a dor, arritmia cardíaca e a

dispneia são também identificados nas prioridades mais elevadas do sistema de triagem (Grupo Português Triagem, 2011).

Sempre que haja necessidade de ICP, é ativada a equipa de prevenção à hemodinâmica, da UNIC, composta por enfermeiro, dois técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (cardiopneumologista e de radiologia) e médico cardiologista hemodinamista.

Houve a experiência de acompanhar a pessoa vítima de EAM no seu percurso, desde a entrada na sala de emergência, realização de ICP e regresso á sala de emergência e/ou encaminhamento para UCIC, observando e participando em todos os cuidados que estão inerentes à estabilização física e emocional da pessoa.

Para complementar a aquisição da competência supracitada, destacam-se algumas situações que vivenciou no SU. Com a restrição de acompanhantes, devido ao plano de contingência nesta fase de pandemia devido à Covid 19, assiste-se a um conseqüente afastamento dos familiares, que muitas vezes deixam um familiar á porta da urgência e esperam, por vezes horas, ansiosamente por notícias. Em situações excepcionais, como foi o caso de uma pessoa com déficit cognitivo que teve sempre o acompanhamento da mãe, pois sem a sua presença a prestação de cuidados estaria muito comprometida. Desta forma, verificou-se que existe um cuidado extremo do enfermeiro responsável EMC em avaliar caso a caso a necessidade de presença de um familiar/cuidador. É realizado o acolhimento do familiar/cuidador na SE, realizando uma breve integração explicando a importância do sua participação no controlo de infeção, respeitando as normas instituídas, tempo máximo de permanência junto da pessoa, e uma explicação dos cuidados prestados à pessoa, promovendo um diálogo através da escuta ativa, de forma a dar todo o conforto emocional possível naquele momento.

A SE foi por excelência o local onde se vivenciaram as situações mais complexas, das quais se destaca um jovem vítima de acidente de viação que devido ao mau prognóstico e falta de vagas no serviço de medicina intensiva, acabou por ficar durante 3 dias na sala de emergência, sendo declarada morte cerebral. Durante estes dias, foi possível a presença dos familiares, havendo sempre o cuidado em proporcionar um momento de privacidade, colocando biombos e cortinas estando sempre disponível um enfermeiro para o esclarecimento de dúvidas e proporcionar todo o conforto emocional possível e necessário.

3.2. Dinamiza a resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho, pressupõe-se que o enfermeiro especialista em EMC á pessoa em situação crítica “perante uma situação de emergência,

exceção ou catástrofe, atua com planeamento, gestão de resposta rápida e sistematizada, tendo em particular atenção a preservação de indícios da prática de crime” (Ordem Enfermeiros, 2018, p. 19363).

Para além dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, existem situações de emergência, exceção e catástrofe, tratando-se de acontecimentos súbitos quase sempre imprevisíveis. Estes contextos de prestação de cuidados de emergência médica consistem num desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, condicionando a atuação das equipas de emergência, por meio de uma coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis (INEM, 2012).

O Grupo Português de Triagem desenvolveu dois fluxogramas para lidar com uma situação de catástrofe. “A triagem primária onde se pretende triar de forma mais rápida um grande número de vítimas e a triagem secundária que é um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas” (INEM, 2012, pp. 15–20).

No decorrer deste estágio, a estudante não teve oportunidade de vivenciar nenhuma situação de exceção e catástrofe. De qualquer forma, através da consulta do Plano de Emergência e Catástrofe que se encontra disponível no portal do hospital inteirou-se da sua organização. Este encontra-se dividido em 3 partes, uma vez que pretende dar resposta aos diferentes polos, encontrando-se dividido pelos diferentes pisos dos três hospitais que constituem este CH. Salienta-se a importância da formação dos enfermeiros nesta área específica, no sentido de promover uma correta atuação, com eficácia e eficiência, dando uma resposta adequada. Anualmente este CH promove formação obrigatória a todos os profissionais para que se mantenham capazes de dar uma resposta adequada em situações de exceção e catástrofe, com particular destaque aos enfermeiros coordenadores dos serviços que assumem o “papel principal” numa situação de exceção e catástrofe.

Foram algumas as situações de emergência que a estudante vivenciou. Para cada situação específica de emergência a abordagem à vítima “centra-se numa abordagem sistematizada seguindo-se uma sequência de avaliação e atuação por prioridades conhecida como ABCDE” (INEM, 2020, p. 7). Sentiu-se a necessidade de rever alguns conteúdos programáticos, nomeadamente do curso de SAV de forma a compreender melhor a tomada de decisão num ambiente de grande stress que é uma situação de emergência.

Destaca-se uma pessoa grande queimada que deu entrada na sala de emergência, com o hemitórax direito completamente queimado, face, abdómen, tórax e braço. O INEM, avisa previamente a SE da iminência da entrada da pessoa, pelo que o enfermeiro EMC responsável pela SE, mobiliza todos os meios, humanos e materiais, para a sua receção. À chegada, a equipa multidisciplinar já se encontrava organizada no sentido da melhor prestação de

cuidados. A pessoa foi alocada na *box* com divisória fixa, para uma maior privacidade. A equipa demonstrou elevadas competências, na prestação de cuidados nesta situação específica, pois todos sabiam perfeitamente o lugar que ocupavam, agindo de forma rápida e sistematizada, mantendo sempre uma comunicação eficaz entre si. Conseguiu-se acompanhar todo o processo de cuidados, acompanhando a pessoa na realização de Tomografia Axial Computorizada para despiste de possível AVC, realização de broncofibroscopia para avaliar possível queimadura da via aérea, e no final do turno fazer a transferência da pessoa para a unidade de queimados.

3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho, pressupõe-se que o enfermeiro especialista em EMC á pessoa em situação crítica, “para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (Ordem Enfermeiros, 2018, p. 19364).

Face á complexidade da pessoa em situação crítica, da necessidade premente de técnicas invasivas para tratamento e monitorização hemodinâmica, torna-se fundamental que os enfermeiros reflitam diariamente sobre todas as práticas, baseando-se em recente evidência científica.

A SE é o local onde se realizam as mais diversas técnicas invasivas, das quais destaco, a colocação de cateter venoso central, linha arterial, entubação endotraqueal, sendo estes os procedimentos invasivos mais frequentes. Existem outros procedimentos que são por vezes realizados na sala de emergência, como a pericardiocentese e biopsia pulmonar que tive a oportunidade de assistir e participar. Em qualquer das situações, constatei que a equipa de enfermagem mostrou bastantes conhecimentos sobre os procedimentos, proporcionando um ambiente seguro na manutenção de uma técnica asséptica adequada. Há uma premente preocupação da equipa multidisciplinar no cumprimento das normas de prevenção da infeção dado o risco elevado de infeção que a pessoa em situação crítica apresenta em ambiente de SE, assegurando uma correta assepsia do procedimento.

Todo o material de apoio a cada unidade na SE é de uso exclusivo da pessoa que aí é alocada de preferência de uso único. Existem vários dispensadores de desinfetante das mãos

distribuídos pela SE, que permitem uma desinfecção das mãos antes, durante e após cada procedimento. O enfermeiro EMC responsável da SE assegura que são cumpridas todas as normas de higienização das unidades pelos assistentes operacionais e que a cada unidade é alocado novo material de apoio aquando de nova admissão.

O Programa Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) refere que “o aumento da incidência de colonização e infeção por Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC) nas unidades de saúde, preocupa profissionais e estruturas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antimicrobianos” (PPCIRA, 2017, p. 3).

De acordo com esta referência, é realizado rastreio de ERC à pessoa encaminhada do SU para internamento no serviço de hematologia e de medicina intensiva. Em caso suspeito de contacto ou infeção prévia, o enfermeiro EMC responsável da área assegura que a pessoa é alocada em isolamento de contacto com barreiras físicas (cortinas ou biombos) equipamento de proteção individual (EPI) e todo o material necessário à prestação de cuidados individualizados.

A UPCIRA deste CH tem ao dispor de todos os serviços um conjunto de normas e procedimentos baseados em evidência científica comprovada e diretivas superiores da Direção Geral de Saúde, pelos quais todos os profissionais, independentemente do serviço onde trabalham se devem guiar na prestação de cuidados de saúde com vista à prevenção e controlo de infeção.

A UNIC cumpre as recomendações técnicas para bloco operatório (RT 05/2011), garantindo um ambiente seguro na realização das intervenções. Estas recomendações, no que confere à prevenção e controlo de infeção, garantem um espaço físico de fácil manutenção, climatização adequada, circuito específico de admissões e de recobro e circuito controlado para circulação de profissionais (ACSS, 2011).

Todos os procedimentos são invasivos, realizados com técnica asséptica cirúrgica. O enfermeiro EMC prepara a sala, garantindo que todo o material chega á mesa operatória em perfeitas condições de assepsia e que assim se mantem até ao fim do procedimento, podendo interromper a intervenção quando verifica quebra de assepsia.

A pessoa submetida a intervenção na UNIC apresenta risco de infeção, sendo recomendadas ações que diminuam a sua incidência. Estas prendem-se com a manutenção de uma técnica asséptica até ao fim do procedimento e técnica asséptica na retirada do introdutor (Leão et al., 2022).

O enfermeiro EMC exerce funções de elo de ligação com a UPCIRA, devendo estimular a mudança de práticas, identificando as causas de não adesão às normas de controlo de

infecção, avaliando as necessidades formativas, realizando ações de formação para a equipa multidisciplinar direcionadas às necessidades identificadas, incluindo precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), precauções baseadas na vias de transmissão (PBVT) e uso adequado de equipamento proteção individual (EPI). Este adequa as características físicas e organizacionais de cada serviço às normas instituídas pela UPCIRA, numa tentativa constante de minimizar o risco de infeção.

Nos diferentes contextos de estágio houve a oportunidade de desenvolver competências no âmbito do controlo de infeção, constatando que o enfermeiro EMC desempenha um papel fundamental, neste contexto desenvolvendo intervenções direcionadas diretamente à prestação de cuidados e também de auditoria, promovendo a qualidade do sistema, assumindo funções de elo de ligação com a UPCIRA. Desta forma dá resposta ao pilar 5 do PNSD 2021-2026 que define como objetivo estratégico “reduzir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as Resistências aos Antimicrobianos (RAM)” (DGS, 2021, p. 3).

3. Considerações finais

Para ambos os contextos, foram definidos objetivos específicos, que permitiram desenvolver competências de enfermagem avançada e de tomada de decisão no âmbito do cuidado especializado à pessoa em situação crítica, tendo em vista a concretização dos objetivos da unidade curricular.

A especificidade da pessoa em situação crítica, bem como as suas necessidades ao nível de procedimentos e cuidados de enfermagem, exigem do enfermeiro um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que o capacitem na definição de prioridades, no planeamento eficiente da prestação de cuidados bem como na sua execução com destreza e segurança, dentro de um quadro de grande complexidade e imprevisibilidade.

É fundamental conhecer todo o circuito da pessoa que recorre à urgência em situação urgente e emergente, até ao seu encaminhamento para o serviço de internamento, unidade de cuidados intensivos, intermédios, bloco operatório e transferência inter-hospitalar, fazendo parte integrante da construção da minha identidade enquanto futura enfermeira especialista.

A habilidade para detetar mudanças, óbvias ou subtis, é uma capacidade determinante dos enfermeiros na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, por forma a antecipar os sinais e sintomas de instabilidade, possibilitando a sua correção precoce. Conhecendo as entidades clínicas subjacentes à situação de doença, podemos planear a intervenção especializada junto dessas pessoas ou família a vivenciar os processos complexos de adaptação ajudando-as nas suas transições com vista ao restabelecimento do seu bem-estar. Através de momentos reflexivos e sentido crítico proporcionaram-se momentos de grande enriquecimento profissional e pessoal.

O estágio em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica II é o culminar de todo um processo de aprendizagem e de crescimento profissional e pessoal que fui desenvolvendo durante a especialização em enfermagem médico cirúrgica que permitiram o desenvolvimento de competências comuns e específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e aquisição de competências do grau de Mestre.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: A intervenção coronária percutânea (ICP) é uma eficiente opção terapêutica para diagnóstico e tratamento da doença coronária, podendo ser realizada em caráter eletivo ou de emergência. Com o objetivo de otimizar a permanência hospitalar da pessoa, foi desenvolvida a estratégia de alta precoce. A redução do tempo de internamento que está subjacente à inovação tecnológica exige a mudança do modelo assistencial de enfermagem, no sentido de aumentar a sua eficiência nomeadamente na capacitação da pessoa para o regresso a casa, requerendo uma revisão os modelos assistenciais de enfermagem. Não foi identificada literatura que sistematize o modelo assistencial de enfermagem, que promova a capacitação da pessoa no regresso a casa.

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem direcionadas para a capacitação da pessoa submetida a ICP no regresso a casa.

Método: Scoping review segundo a metodologia da Joanna Briggs Institute. Pesquisa realizada nas bases de dados, CINHAL Complete, PUBMED, COCHRANE Library Plus, JBI Evidence Synthesis, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e como fontes de literatura cinzenta a OPENGREY, RECAAP e DART - Europe. Apenas são incluídos estudos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, sem qualquer limite temporal. Utilizada a checklist PRISMA-ScRA.

Resultados: De um total de 219 artigos foram incluídos 24 artigos nesta revisão. Foram identificadas várias áreas de intervenção de enfermagem, agrupadas em 3 principais focos de enfermagem, redução da ansiedade, educação em saúde e comportamentos de autogestão.

Conclusão: Considera-se que um acompanhamento de enfermagem estruturado com consulta presencial e telefónica desde o pré ao pós ICP apresenta melhoria na redução da ansiedade, na educação em saúde e nos comportamentos de autogestão da pessoa submetida a ICP. É importante desenhar programas de intervenção robustos, baseados na evidência disponível de forma a orientar a prática clínica.

Palavras chave: Enfermagem, Intervenção Coronária Percutânea, Capacitação

2. Abstract

Background: Percutaneous Coronary Intervention (PCI) is an efficient therapeutic option for the diagnosis and treatment of coronary disease, and can be performed on an elective or emergency basis. In order to optimise a patient hospital stay, an early discharge strategy was developed. Reduction in hospital stay time that underlies technological innovation requires a change in the care model, in order to increase its efficiency, namely in enabling the patient to return home, requiring a review of the nursing care models. No literature was identified that systematizes the nursing care model, which promotes the patient empowering on returning home.

Objective: Mapping nursing interventions aimed at empowering patient undergoing PCI to return home.

Method: Scoping review according to the Joanna Briggs Institute methodology. Research carried out in the databases, CINAHL Complete, PUBMED, COCHRANE Library Plus, JBI Evidence Synthesis, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and as grey literature sources OPENGRY, ReCAAP and DART - Europe. Only studies in Portuguese, English and Spanish are included, without any time limit. The PRISMA-ScR checklist was used.

Results: From a total of 219 articles, 24 articles were included in this review. Several nursing interventions were identified and grouped into 3 categories: anxiety reduction, health education and self-management behaviours.

Conclusion: It was found that a structured nursing follow-up from pre to post PCI improves anxiety reduction, health education and self-management behaviours of people undergoing PCI. It is important to design robust intervention programs based on available evidence in order to guide clinical practice.

Keywords: Nursing, Percutaneous Coronary Intervention, Empowerment

3. Fundamentação/enquadramento teórico

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo, eliminando cerca de 17,9 milhões de vidas a cada ano. São um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem a doença coronária, doença cerebrovascular, doença cardíaca reumática e outras condições. Mais de quatro em cada cinco mortes por DCV são devido a eventos cardíacos e derrames, e um terço dessas mortes ocorrem prematuramente em pessoas com menos de 70 anos de idade (WHO, 2022).

A Intervenção Coronária Percutânea (ICP) é uma eficiente opção terapêutica para a doença coronária pois restabelece o fluxo sanguíneo no miocárdio através da introdução de um cateter até ao local onde está a obstrução. Pode insuflar-se um balão ou colocar-se um stent (malha metálica expansível) para desobstruir a artéria. Dessa forma, a ICP inclui a angioplastia com balão (angioplastia coronária transluminal percutânea), o implante de stents intra coronários e outras intervenções com o uso de cateteres para o tratamento da aterosclerose coronária (Richter et al., 2015).

Em 2013 realizaram-se 36810 cateterismos diagnósticos (3529 coronariografias por milhão de habitantes), representando um aumento significativo de 34% relativamente ao ano de 2007. A ICP cresceu 64% desde 2004, atingindo um total de 13897 procedimentos e uma taxa de 1333 por milhão de habitantes no ano de 2013 (Pereira, 2015).

A cardiologia de intervenção tem experimentado um extraordinário avanço nos últimos anos, sendo atualmente o método de revascularização do miocárdio mais usado em vários contextos clínicos, incluindo a doença arterial coronária estável, as síndromes coronárias agudas e o enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST ou sem supra desnivelamento do segmento ST (Feres et al., 2017). A ICP pode ser realizada em caráter eletivo ou de emergência durante o evento de enfarte agudo do miocárdio ou angina instável, para diagnóstico e tratamento da doença coronária (Mazzo et al., 2010).

O avanço tecnológico dos dispositivos (por exemplo: fios-guia, stents e orientação por imagem intravascular) e a eficácia da medicação adjuvante, melhorou substancialmente a segurança e a taxa de sucesso do procedimento, reduzindo complicações e, conseqüentemente, encurtando o período de internamento hospitalar. As principais complicações associadas à ICP são as vasculares: o hematoma e a hemorragia no local de acesso, a hemorragia retroperitoneal, o pseudoaneurisma ou a fístula arteriovenosa (Hilário et al., 2017). Outras complicações que podem surgir são as renais, nomeadamente a

nefropatia devido à administração do produto de contraste, as neurológicas, como a alteração do estado consciência, o acidente vascular cerebral (AVC) e as hemodinâmicas, havendo necessidade de cirurgia de revascularização emergente (Gomes et al., 2018).

Com o objetivo de otimizar a permanência hospitalar da pessoa, foi desenvolvida a estratégia de alta no mesmo dia, que é parte de uma logística de contenção de custos, de políticas de gestão hospitalar que inclui eficácia clínica, segurança e satisfação da pessoa submetida a ICP (Conejo, 2021).

As intervenções de enfermagem surgem com enfoque desde as formas de prevenção de complicações pós procedimento, de controle de fatores de risco para doença coronária, adesão ao tratamento farmacológico e adoção de uma conduta adequada da pessoa em cada fase do processo saúde-doença, surgindo como elemento facilitador (Mazzo et al., 2010).

De acordo com o artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, “consideram-se intervenções autônomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (Ordem Enfermeiros, 2015). Os principais objetivos dos cuidados de enfermagem que promovam a capacitação e educação da pessoa em situação crítica são: permitir a tomada de decisão informada, possibilitar a resolução de problemas, atingir objetivos comportamentais autodeterminados, aumentar a autonomia (Funnell, 2016).

A capacidade está relacionada com a aptidão de uma pessoa para tomar decisões num determinado momento, ainda que com perda temporária de capacidade ou capacidade flutuante em outros momentos. Assim, a avaliação da capacidade mental é um aspeto fundamental e deve ser conduzida como parte de uma avaliação holística da condição e das necessidades das pessoas em ambientes de cuidados críticos, pela equipa multidisciplinar (Jones et al., 2020).

Neste contexto de cuidados, a teoria das transições de Afaf Meleis norteia as intervenções de enfermagem, pois a transição é definida como a mudança entre ambientes, condições ou estados estáveis, exigindo da pessoa conhecimento para adaptações internas e externas diante de situações de emergência (Silva et al., 2021a).

Considerando a teoria de Meleis, a transição é uma passagem de um estado estável para outro estado estável a partir de um processo que emerge a partir de uma mudança, por isso as transições tornam-se dinâmicas, mas também marcos de viragem, podendo ser caracterizadas a partir deste processo ou de resultados finais (Meleis, 2010).

A resposta a preocupações ou perguntas sobre o procedimento antes e depois da ICP ajudam a melhorar o nível de conforto e confiança da pessoa em participar nas recomendações de cuidados pós ICP (Chang et al., 2020).

As modificações no estilo de vida necessárias para o tratamento da doença coronária, podem ser bem acolhidas pelas pessoas, quando se encontram motivadas pelo desejo de adotar hábitos de vida mais saudáveis, ou negligenciadas, quando impostas pelos profissionais de saúde, ou quando a pessoa, familiares e cuidadores não estão devidamente capacitados para os cuidados recomendados, podendo ser rejeitadas quando não há vontade pessoal (Silva et al., 2021a).

A percepção da doença pela pessoa submetida a ICP varia de acordo com fatores demográficos, antecedentes pessoais, história familiar. A avaliação da percepção da doença e a definição de um programa educacional de follow-up ao longo do tempo, traz melhoria na aceitação e percepção da doença (A. Ashour et al., 2020).

Foi encontrada evidência que aborda aspetos a abordar no momento prévio ao procedimento (Chang et al., 2020) e no cuidado após realização o procedimento (Silva et al., 2021a), no entanto não foi identificada nenhuma revisão da literatura que aborde as intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa submetida a ICP no regresso a casa.

4. Finalidade e objetivos

De acordo o exposto anteriormente, foi definida como questão de investigação para esta revisão: Quais as intervenções de enfermagem que promovem a capacitação da pessoa submetida a ICP para o regresso a casa?

Foi definido como principal objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem direcionadas para a capacitação da pessoa submetida a ICP no regresso a casa.

Com a identificação das intervenções de enfermagem, pretende-se contribuir para melhorar as práticas de enfermagem na abordagem à pessoa submetida a ICP melhorando a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

5. Metodologia

A revisão foi conduzida segundo a metodologia Joanna Briggs Institute para scoping review, com base nas diretrizes do modelo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Este tipo de síntese do conhecimento deve ser conduzido de forma rigorosa, transparente e confiável, fornecendo uma visão geral ou um mapa das evidências (Peters et al, 2020).

Uma scoping review assenta no propósito de identificar os tipos de evidências disponíveis num determinado campo, esclarecendo os principais conceitos/definições na literatura, examinando como a pesquisa é conduzida num determinado tópico ou campo, identificando as principais características ou fatores relacionados a um conceito, sendo precursor de uma revisão sistemática, identificando e analisando lacunas de conhecimento (Munn et al., 2018). A principal finalidade de uma scoping é mapear os principais conceitos de uma área de pesquisa, fontes e evidências disponíveis, pode ser realizada mediante temas complexos ou áreas que ainda não foram revisadas. São amplamente utilizadas para sintetizar evidências em saúde que requerem a descrição de aspetos abrangentes. Ainda exigem métodos rigorosos e transparentes em sua condução para garantir que os resultados sejam confiáveis (Munn et al., 2018).

Para a estruturação da pesquisa e execução, foi desenvolvido um protocolo com informação sobre os objetivos da revisão, a população a ser incluída, a formulação da questão de investigação, os critérios de elegibilidade, a estratégia e as bases de dados incluídas, a definição da informação e estratégia para extração da informação (APENDICE I – Q168: Projeto Estudo de Investigação).

5.1. Desenho do estudo

De acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, foram definidos critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al, 2020). Assim a População são estudos que envolvam pessoas adultas com doença coronária submetidos a ICP; o Conceito reporta-se aos estudos que abordem as Intervenções de Enfermagem direcionadas para o capacitação da pessoa submetida a ICP no domicílio; o Contexto inclui estudos realizados em qualquer contexto desde a admissão no hospital até ao regresso a casa.

Foram definidos os seguintes critérios de exclusão: população com idade inferior a 18 anos; pessoas com patologia psiquiátrica ou sem capacidade cognitiva.

Esta revisão considerará qualquer pesquisa primária ou secundária, com metodologia quantitativa, qualitativa ou mista. Serão incluídas também todo o tipo de revisões da literatura, nomeadamente revisões sistemáticas ou integrativas e artigos de opinião.

Foi definida a seguinte estratégia de pesquisa:

- 1 - Pesquisa nas bases de dados – Pubmed e CINHALL Complete (via EBSCOhost) para identificar artigos sobre o tema e analisar as palavras contidas nos títulos e resumos;
- 2 - Pesquisa nas bases de dados selecionadas com o recurso da combinação de vários termos MeSH e linguagem natural definiu-se a frase booleana a utilizar em cada base de dados: (“Nursing care” OR Nurs*) AND “Percutaneous Coronary Intervention”;
- 3 - Pesquisa nas fontes de literatura cinzenta;
- 4 - Análise da lista de referências bibliográficas dos artigos identificados para procurar estudos adicionais (técnica referência de referência).

A pesquisa foi realizada em 28 de Março de 2022, sem limite temporal, nas bases de dados, CINHALL Complete, PUBMED, COCHRANE Library Plus, JBI Evidence Synthesis, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e como fontes de literatura cinzenta a OPENGREY, RECAAP e DART - Europe. Apenas são incluídos estudos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Foi utilizado o software bibliográfico Zotero 5.0.94 (Corporation for Digital Scholarship, 2020) para a extração de artigos, gestão dos estudos e remoção dos duplicados.

Com base nos critérios de inclusão, iniciou-se a seleção dos estudos pela análise dos títulos e resumos que foi realizada por dois revisores independentes, seguindo-se a análise do texto completo, sendo qualquer divergência resolvida por consenso ou por um terceiro revisor (Peters et al, 2020).

5.2. *Considerações éticas*

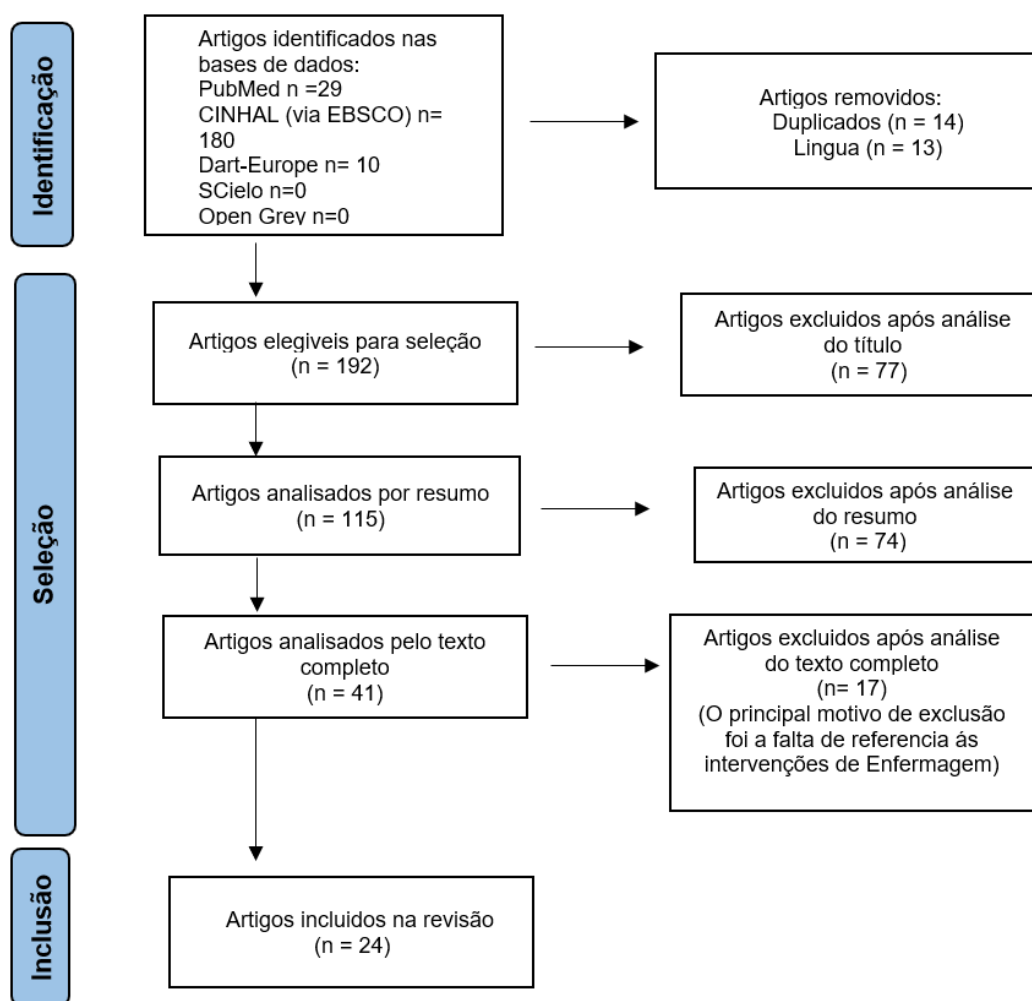
Foram asseguradas a fiabilidade e a fidelidade da informação dos artigos incluídos nesta revisão através da rigorosa metodologia de pesquisa efetuada, da extração e tratamento dos dados e da realização de uma adequada referenciação bibliográfica.

Esta revisão utiliza como dados, documentos acessíveis ao público, não tendo sido considerados critérios que exijam a aprovação por uma comissão de ética.

6. Resultados

Foram obtidos 219 artigos após remoção dos duplicados, tendo sido incluídos 24 artigos nesta revisão. Para sistematizar todo o processo de seleção dos artigos, utilizou-se o diagrama PRISMA (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma PRISMA



(PRISMA Flow Diagram) (Page et al., 2021)

Os artigos incluídos reportam-se entre 2009 e 2021, que têm origem em diferentes pontos geográficos: Asiáticos (7), Europeus (6), Americanos (5), Australianos (4) e Médio Oriente (2). Para a análise dos artigos, elaborou-se uma tabela de extração de dados (APENDICE II) onde se incluiu o objetivo de cada estudo, a metodologia usada, bem como dados demográficos

dos participantes que correspondem aos critérios de inclusão definidos para esta revisão, as intervenções de enfermagem e os resultados. De forma a organizar e sintetizar os resultados, elaborou-se a Tabela 1, dando evidência às intervenções de enfermagem, que dão resposta à questão e ao objetivo principal desta scoping review, utilizando como referencial semântico a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019).

A construção da tabela teve por base a construção de intervenções definidas por Aranda (Aranda, 2008) sendo expostas as áreas de intervenção/conteúdo, o método e a dose que inclui a frequência e a duração e os resultados.

Tabela 1: Síntese de Resultados

Áreas de Intervenção/ Conteúdo	Método	Dose/Tempo	Resultados
Avaliar sinais vitais; compromisso neurovascular e local de acesso arterial (1; 7; 9; 11; 12; 13; 15; 18)	- Presencial (1; 7; 9; 11; 12; 13; 15; - Telefone (18)	<u>Pós ICP</u> (1; 7; 9; 11; 13; 18 (45-60min) (1); No internamento (9; 11;12)	Comportamentos de autogestão (1; 7; 9; 11; 12; 13; 18) Educação em saúde (1; 9; 11; 13; 15; 18)
Promover educação em saúde sobre ICP (anestesia, locais de acesso arterial, uso de contraste iodado, duração do procedimento, cuidados pós procedimento, tempo de repouso, importância da ingestão de líquidos) (2; 9; 11; 12; 13; 15)	- Vídeo (2) - Presencial (9; 11; 15)	<u>Pré ICP</u> (2; 9; 11; 12; 13) 20 min (2; 9)	Educação em saúde (2; 9; 11; 12; 13; 15)
Avaliar comportamentos de saúde e fatores de risco (3; 4; 6; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22)	Presencial (3; 4; 9; 10; 14; 15; 16; 17; 19; 21 Telefone (6; 18; 19; 20)	<u>Pós ICP</u> (3; 4; 6; 9; 10; 11; 12; 15; 18; 19) Durante 1 ano (3; 6; 19; 20) 20-30 min (4; 9) Durante 1/2/3 meses (10) Durante 2 anos (16;	Capacitação da Pessoa (3; 4; 6; 14) Comportamentos de autogestão (3; 6; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22) Educação em Saúde (10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 19; 20; 21; 22)

		1 mês após (17) 2/5 dias - após 15 min (18) Antes da alta (21) <u>Pré ICP</u> (16; 19)	
Orientar para outros profissionais. (3; 4; 13; 19)	Presencial (3; 4; 13) Telefone (19)	<u>Pós ICP</u> (3; 4; 13) 1 ano (3; 19) 20-30 min (4)	Capacitação da pessoa (3; 19) Educação em saúde (4; 13)
Identificar necessidades apoio sociais e familiares (1; 3; 4; 7; 14)	Presencial (1; 3; 4; 7; 14)	<u>Pós ICP</u> (1; 3; 4; 14) 1 ano (3); 20-30 min (4); 45-60 min (1); <u>Pré ICP</u> (7; 14) 30-120 min (7)	Educação em Saúde (1; 7; 14) Capacitação da pessoa (3; 4) Redução da Ansiedade (1; 3; 4; 14)
Avaliar as preocupações, ansiedade e stress relacionadas com a ICP (4; 5; 6; 8; 14; 15)	Presencial (4; 5; 6; 8; 14; 15)	<u>Pós ICP</u> (4; 8; 14) 20-30 min (4); 24h após (8); 45-60 min (5); momento da alta (6) <u>Pré ICP</u> (8; 15) 30 min (8)	Redução da Ansiedade (4; 5; 6; 8; 14; 15)
Promover educação em saúde sobre natureza da doença (1; 7; 12; 15; 16; 19; 21; 22; 24)	Presencial (1; 7; 15; 16; 21) Telefone (19)	<u>Pós ICP</u> (1; 12; 16; 19; 21; 22; 24) 45-60 min (1); 2 anos (16); 1 ano (19) Antes da alta (21) <u>Pré ICP</u> (7) 30-120 min	Redução da ansiedade; (1; 12; 7) Comportamentos de Autogestão (1; 12; 15; 16; 19; 22; 24) Educação em Saúde (1; 7; 12; 15; 16; 19; 21; 22; 24)

Da análise dos artigos incluídos, identificaram-se indicadores avaliados por Escalas (instrumentos de avaliação), que indicam o impacto das intervenções de enfermagem, elaborando-se a tabela 2.

Tabela 2: Indicadores

Indicador	Instrumento
Gestão de Sintomas (1)	Escala de Autoeficácia Cardíaca (CSE)
Capacitação da Pessoa (3)	Swedish-Coronary Empowerment Scale
Depressão (1; 10)	Escala de Depressão Cardíaca (CDS) Patient Health Questionário (PHQ-9)
Comportamentos de autogestão (6)	Comportamentos de Saúde (Health Promoting Lifestyle Profile II – HPLPII)
Controlo dos Fatores de risco (6)	Controle dos fatores de risco (Risk Factors Assessment Form (RFAF))
Qualidade Vida (3; 6; 8; 10)	Qualidade Vida (SF12) Qualidade de Vida (Short Form 36 – item Health Survey (SF-36)) Avaliação do bem-estar (Escala de Cantril e EuroQoL 5 dimensões)
Ansiedade (1; 2; 8; 15)	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); Ansiedade (Questionário Zung); Escala ansiedade SAI (Spielberg)
Autoeficácia (15)	Escala Geral de Autoeficácia (GSEs)
Necessidades de Aprendizagem (24)	Aplicação de Escala – (NIS Nursing Information and Support – PTCA)

Foram identificadas várias áreas de intervenção de enfermagem que se podem agrupar em 3 principais focos de enfermagem: ansiedade, educação em saúde e autogestão. Um programa de intervenção de enfermagem ideal para a pessoa submetida a ICP, envolve um conjunto de intervenções que englobam estas 3 categorias.

7. Discussão

A pessoa submetida a ICP passa por um processo gerador de ansiedade que exige o desenvolvimento de conhecimento e capacidade para gerir a sua nova condição (Chang et al., 2020).

A ansiedade, a educação e a autogestão foram os focos de enfermagem que emergiram desta revisão, considerando-se que estão diretamente ligados entre si, quando se fala na construção de uma consulta de enfermagem estruturada desde o pré ao pós ICP.

No que respeita á ansiedade, esta está diretamente relacionada com efeitos cardiovasculares adversos, existindo uma forte relação entre ansiedade e um evento cardíaco (Roest et al., 2010; Stillman et al., 2013). Com uma hospitalização curta e foco no tratamento do evento cardíaco, os sintomas de ansiedade e depressão podem ser negligenciados ou não estar presentes até ao pós ICP ou período de alta (Turner et al., 2010). Alguns estudos revelam que a prevalência de ansiedade cresceu significativamente e a qualidade de vida relacionada à saúde foi prejudicada entre as pessoas submetidas a ICP (Olsen et al., 2018). Para a avaliação da ansiedade e qualidade de vida foram usadas escalas que permitiram a sua avaliação antes e após o procedimento. Uma intervenção psicológica realizada por enfermeiros antes e após a ICP foi associada a uma redução nos scores de ansiedade e uma melhoria nas medidas de qualidade de vida. As pessoas foram incentivadas a descrever as suas preocupações, relacionadas com a ICP, necessidades de apoio familiar e social e necessidades de informações sobre estratégias de adaptação pós procedimento.

As principais causas de ansiedade prendem-se com o défice de conhecimento sobre o procedimento (ICP), mudança de estilo de vida necessária, relacionada com doença coronária, e conhecimento para responder a situações de emergência (Junehag et al., 2014). Estes sentimentos estão associados à falta de conhecimento sobre doença coronária, devendo receber informação antes da alta hospitalar (Piepoli et al., 2016).

Desta forma, outra categoria emerge desta revisão que é a educação. Educar a pessoa antes do procedimento de ICP pode ser promissor para reduzir os níveis de ansiedade. Ansiedade e educação estão intimamente relacionadas pois se por um lado há a necessidade de educar antes do procedimento para promover um consentimento informado e ajudar na preparação para o regresso a casa, por outro lado, a educação tem impacto sobre a ansiedade, trazendo melhoria psicológica através da redução da ansiedade, diminuindo a carga psicológica que pode trazer benefícios a longo prazo.

A educação sobre adesão à medicação, prevenção secundária cardiovascular e reavaliação de sintomas são componentes chave dos cuidados pós ICP (Dalal et al., 2017; Neumann et al., 2019).

A educação da pessoa com doença coronária é uma importante intervenção de enfermagem e é um aspeto essencial do cuidado em saúde. Os métodos utilizados de sessões de educação em grupo, consulta individual e acompanhamento por telefone foram considerados como uma abordagem aceitável e eficaz para ajudar as pessoas submetidas a ICP a melhorar os seus comportamentos de saúde, controlar fatores de risco e melhorar a qualidade de vida.

As intervenções de enfermagem recomendadas para pessoas submetidas a ICP devem ser direcionadas para a intervenção medicamentosa e mudanças no comportamento de saúde para controlar os fatores de risco cardíacos (Xiao et al., 2018).

Ao estudar os efeitos da educação sobre a mudança de comportamento, constata-se que o conhecimento é necessário, mas pode não ser suficiente, pois educar a pessoa não é o mesmo que lhes dizer como se devem comportar, devendo ser ajustada consoante as suas crenças, conhecimentos, atitudes e motivação. Isso pode ser aumentado se a pessoa obtiver mais controle sobre questões que eles mesmos definem como importantes, sendo assim capacitada (Ghisi et al., 2014).

Outra categoria que emerge desta revisão é a autogestão. Caracteriza-se pelo envolvimento da pessoa na própria gestão da saúde, sendo definida como a capacidade do indivíduo para gerir os sintomas, o tratamento, as consequências físicas e psicossociais e as mudanças de estilo de vida inerentes ao viver com uma nova condição (Jiang et al., 2020).

O acompanhamento da pessoa pós ICP facilita a avaliação clínica essencial, bem como o aconselhamento da pessoa sobre modificação de fatores de risco por alteração do estilo de vida e adesão à medicação, sendo parte integrante do manuseamento da doença coronária (Valaker et al., 2017). A autogestão desempenha um papel fundamental no cuidado centrado na pessoa (Banik et al., 2018; Fors et al., 2015).

No contacto com enfermeiro há avaliação dos comportamentos de autogestão e reforço de pontos importantes como fatores de risco, manuseamento de sintomas, anatomia e fisiologia ajudando a pessoa aumentar a sua perceção da doença, compreender melhor o tratamento e a prevenção secundária.

A educação e a autogestão estão portanto intimamente ligadas, pois o fornecimento precoce de apoio individualizado, como uma educação centrada na pessoa, pode melhorar a autogestão da prevenção secundária (Qin et al., 2021).

A compreensão adequada das expectativas da pessoa pode levar a uma intervenção terapêutica mais bem-sucedida. As lacunas de conhecimento, expectativas e preocupações

sobre ICP precisam de desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa e a promoção de melhores resultados. A magnitude da motivação das pessoas para modificar o estilo de vida depende da compreensão da gravidade da sua condição e suas consequências (Aazami et al., 2016).

O acompanhamento, telefónico e presencial, da pessoa submetida a ICP é uma forma de acompanhamento centrada na pessoa e individualizada, reduzindo a ansiedade, promovendo a educação em saúde sobre fatores de risco para doença coronária (excesso de peso, tabaco, dislipidemia, diabetes, sedentarismo) motivando comportamentos de autogestão que capacitam o doente para manusear a sua própria doença através da adesão à medicação, dieta, exercício físico, cessação tabágica e gestão de outras doenças associadas, percebendo a gravidade de sua própria doença, orientando a pessoa a modificar o estilo de vida e a adotar comportamentos saudáveis (Hu et al., 2014).

À medida que o tratamento de alta tecnologia se expande, as organizações de saúde precisam se preocupar com todas as dimensões da continuidade do cuidado. A inovação tecnológica que resulta na diminuição do tempo de permanência hospitalar desafia os modelos tradicionais de assistência de enfermagem e requer avaliação dos padrões de assistência. É necessário aumentar as evidências para apoiar a prática baseada em evidências e o desenvolvimento de diretrizes para promover cuidados de alta qualidade e melhores resultados para as pessoas (Valaker et al., 2017). A pessoa submetida a ICP apresenta um aumento da carga psicológica e deterioração da qualidade de vida devido à falta de informação e educação sobre o plano de gestão de saúde pós-alta, encaminhamento para prevenções secundárias (Chen et al., 2019, 2021; Iles-Smith et al., 2017; Pettersen et al., 2018; Thronson et al., 2016; Valaker et al., 2017).

Nesta revisão foram usados vários instrumentos de avaliação, nomeadamente escalas que estão direcionadas para a avaliação de indicadores como a ansiedade, qualidade de vida, autoeficácia, bem-estar, capacitação, comportamentos de saúde, controle dos fatores de risco, avaliação das necessidades da pessoa, satisfação e conhecimento da doença coronária. Da análise dos artigos incluídos verificou a utilização de indicadores indiretos do impacto da capacitação da pessoa, que evidenciam a mais valia de uma correta preparação, assim como a complexidade da intervenção de enfermagem à pessoa submetida a ICP.

Outras estratégias de avaliação foram a entrevista semiestruturada presencial e o contacto telefónico. A entrevista presencial demonstrou efeitos positivos sobre comportamentos de saúde, controle de fatores de risco cardíaco e na qualidade de vida à pessoa submetida a ICP (Jiang et al., 2020). O contacto telefónico influenciou positivamente a autogestão dos sintomas, reduzindo as readmissões hospitalares (Mols et al., 2019).

Uma das limitações a este estudo foi o fato de só serem incluídos estudos publicados em inglês, português e espanhol, podendo-se ter excluído estudos relevantes publicados noutra idioma. Outra limitação foi o uso dos termos utilizados na pesquisa, que foram os mais referidos na literatura, sendo termos abrangentes de forma a incluir o máximo de artigos, podendo ter-se excluído termos que pudessem identificar outros artigos.

8. Conclusão

A ICP tornou-se o principal tratamento para a pessoa com DC. No entanto, como outros procedimentos de intervenção cardíaca, este tratamento não interrompe ou cura a doença. A pessoa submetida a ICP vivencia um internamento hospitalar curto, com ênfase no procedimento, recuperação imediata e alta rápida. Apresenta uma enorme vulnerabilidade no que respeita ao aumento da ansiedade e à falta de envolvimento em programas de estilo de vida saudáveis devido à falta de acompanhamento desde o pré ao pós ICP.

A maioria dos estudos que exploram as necessidades e expectativas da pessoa submetida a ICP referem que a pessoa não recebe informações adequadas e suficientes durante o continuum de admissão e alta.

O enfermeiro tem um papel fundamental no acompanhamento personalizado centrado nos problemas da pessoa submetida a ICP, desenvolvendo um programa de intervenção que capacite a pessoa para o manuseamento de sintomas e enfrentamento do processo de doença. É necessário rever o modelo assistencial atual centrado no dia do procedimento, oferecer um acompanhamento individualizado e sistematizado à pessoa submetida a ICP, temos o potencial de estender as estratégias de prevenção secundária a uma parcela maior da população submetida a ICP, e uma consequente melhoria da qualidade dos cuidados. e da necessidade de rever o modelo assistencial atual.

Os enfermeiros estão numa posição ideal para identificar questões pertinentes de pesquisa, que visem melhorar o cuidado à pessoa proposta para ICP. É através da participação e avaliação da pesquisa que podemos garantir que a nossa prática seja baseada em evidências e que a pessoa submetida a ICP alcance os melhores resultados no que respeita a redução da ansiedade, comportamentos de autogestão e educação em saúde.

A evidencia disponível nesta área é ainda limitada, sendo necessário continuar a desenvolver mais investigação, de forma a estabelecer diretrizes para melhorar a prática de enfermagem, implementando intervenções que promovam a capacitação da pessoa submetida a ICP.

Pretende-se com esta revisão uma melhoria da prática clínica, podendo ser um ponto de partida para a construção de um programa de intervenção de enfermagem para a pessoa proposta a ICP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso permitiu desenvolver habilidades e comportamentos fundamentais no cuidado à pessoa em situação crítica, tendo como principal objetivo a excelência na prestação de cuidados.

A abordagem à pessoa em situação crítica, a relação que se estabelece com a equipa multidisciplinar, as diferentes dinâmicas dos serviços onde decorreram os estágios, tudo foram experiências novas, bastantes enriquecedoras e fundamentais para a construção da identidade como futura enfermeira especialista.

A aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista tiveram como foco as atividades desenvolvidas em ambos os contextos de estágio, SU e UNIC, sempre numa perspetiva de uma enfermagem avançada, com momentos de reflexão sobre as práticas, baseando-se sempre em recente evidência científica, o que confere ainda a aquisição de competências de mestre.

A investigação sobre temas pertinentes que incrementem a prática baseada em evidências é uma etapa deste processo de aquisição de competências de grau de mestre. Esta foi uma etapa que exigiu um grande investimento, representando um enorme desafio pessoal, pois foi necessária uma familiarização com todo o processo de investigação, desde a metodologia à sua operacionalização.

Foi realizado o trabalho de investigação com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem na capacitação da pessoa submetida a ICP, que demonstrou a importância de um acompanhamento estruturado desde o pré ao pós ICP, sendo um contributo para uma prática baseada em evidências, contrariando a realidade atual de uma prática de enfermagem muito tecnicista centrada no dia do procedimento. Este poderá ser um ponto de partida para a mudança e construção de um projeto de melhoria continua implementando uma consulta de enfermagem à pessoa submetida a procedimentos cardíacos na UNIC.

Quando decidi frequentar este mestrado, a estudante sabia que ia ser um grande desafio pessoal, sair da sua zona de conforto, e dar outro sentido ao seu percurso profissional. O pensamento que coloca no início deste relatório, diz muito sobre esta decisão, pois tem o enorme desejo de fazer parte dos processos de mudança na profissão de enfermagem, e através deste grande contributo pessoal, que é a realização de uma especialidade e mestrado é que é possível marcar a diferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Ashour et al. (2020). Changes in illness perception among patients' undergoing percutaneous coronary intervention. *Heart & Lung, 49*, 836–841. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.08.026>
- Aazami, S., Jaafarpour, M., & Mozafari, M. (2016). Exploring expectations and needs of patients undergoing angioplasty. *Journal of Vascular Nursing, 34*(3), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.04.003>
- ACSS. (2011). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório 05 de 2011.pdf*. https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Instalacoes_Equipamentos/Recomendacoes_Tecnicas/Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20T%C3%A9cnicas%20para%20Bloco%20Operat%C3%B3rio%2005%20de%202011.pdf
- ACSS. (2015). *Recomendações Técnicas*. ACSS. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendacoes-tecnicas/>
- ACSS. (2019). *Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS, 6*(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia), 15*(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>

- Ashour, A., Al-Smadi, A., Shajrawi, A., Al-Rawashdeh, S., Alshraifeen, A., & Abed, M. (2020). Changes in illness perception among patients' undergoing percutaneous coronary intervention. *Heart & Lung, 49*(6), 836–841. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.08.026>
- Banik, A., Schwarzer, R., Knoll, N., Czekierda, K., & Luszczynska, A. (2018). Self-efficacy and quality of life among people with cardiovascular diseases: A meta-analysis. *Rehabilitation Psychology, 63*(2), 295–312. <https://doi.org/10.1037/rep0000199>
- Callaghan, S. (2011). The percutaneous coronary intervention specialist nurse role. *British Journal of Cardiac Nursing, 6*(5), 252–254. <https://doi.org/10.12968/bjca.2011.6.5.252>
- Catalyst, N. (2017). What Is Patient-Centered Care? *NEJM Catalyst*. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0559>
- Centro Hospitalar. (2021). *PDE_2020_22_C13_final.pdf*. https://www.chuc.min-saude.pt/media/Plano_Desenvolv_Estrategico/PDE_2020_22_C13_final.pdf
- Chang, Z., Guo, A.-Q., Zhou, A.-X., Sun, T.-W., Ma, L., Gardiner, F. W., & Wang, L.-X. (2020). Nurse-led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease. *The Australian Journal of Rural Health, 28*(2), 124–131. <https://doi.org/10.1111/ajr.12587>
- Chen, Y., Lin, F. F., & Marshall, A. P. (2021). Patient and family perceptions and experiences of same-day discharge following percutaneous coronary intervention and those kept overnight. *Intensive & Critical Care Nursing, 62*, 102947. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102947>
- Chen, Y., Marshall, A. P., & Lin, F. (2019). Lessons learnt from the implementation of same-day discharge after percutaneous coronary intervention. *Australian Critical Care*:

- Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 32(6), 458–464. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.066>
- CIPE. (2019). *ICNP 2019 Português.pdf*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Conejo, F. (2021). Same-day hospital discharge after percutaneous coronary intervention: Management, safety and satisfaction of the patient. *Journal of Transcatheter Interventions*, 1–3. <https://doi.org/10.31160/JOTCI202129A202104>
- Conejo, F., Ribeiro, H. B., Spadaro, A. G., Godinho, R. R., Faig, S. M., Gabrilaitis, C., Okada, M. Y., Spósito, A., Espirito-Santo, C. V., Rodrigues, M. J., Garcia, J. C. T., Silva, P. G. M. de B. e, Furlan, V., & Ribeiro, E. E. (2015). Safety and predictors of same day discharge after elective percutaneous coronary intervention. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva (English Edition)*, 23(1), 42–47. <https://doi.org/10.1016/j.rbciev.2015.01.002>
- Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 23(5), 334–342.
- Corones, K., Coyer, F. M., & Theobald, K. A. (2009). Exploring the information needs of patients who have undergone PCI. *British Journal of Cardiac Nursing*, 4(3), 123–130. <https://doi.org/10.12968/bjca.2009.4.3.40047>
- Corones-Watkins, K. M., Theobald, K. A., & White, K. M. (2019). Outcomes of a randomised pilot trial of a nurse-led clinic for patients after percutaneous coronary intervention. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 32(4), 285–292. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.06.009>
- Dalal, F., Dalal, H. M., Voukalis, C., & Gandhi, M. M. (2017). Management of patients after primary percutaneous coronary intervention for myocardial infarction. *BMJ*, j3237. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3237>

Decreto Lei 30/2011. (2011). https://www.chuc.min-saude.pt/media/download_gallery/Dec_Lei_30_2011.pdf

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto | DRE. (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Despacho nº 9390/2021 | DRE. (2021). <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

DGS. (2011). *Identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.pdf*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>

DGS. (2014). 3. *O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma. 8.*

DGS. (2017). *Comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

DGS, D. (2021). *Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf*. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

ERS. (2020). *ERS - Consentimento Informado*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>

ESSNCVP. (2020). *Regulamento-do-2Ciclo-de-Estudos-dos-Cursos-de-Mestrado*. Google Docs. https://docs.google.com/document/d/1VB9SgAGCsn466QnM1VKNsWsVUbaVpj2G2IkzWcugE/edit?usp=drive_web&oid=116974217920807716775&usp=embed_facebook

Feres, F., Costa, R. A., Siqueira, D., Costa, J. R., Chamié, D., Staico, R., Chaves, Á. J., Abizaid, A., Marin-Neto, J. A., Rassi, A., Botelho, R., Alves, C. M. R., Saad, J. A., Mangione, J. A., Lemos, P. A., Quadros, A. S., Queiroga, M. A. C., Cantarelli, M. J. C., & Figueira, H.

- R. (2017). DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA SOBRE INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 109, 1–81. <https://doi.org/10.5935/abc.20170111>
- Fors, A., Ulin, K., Cliffordson, C., Ekman, I., & Brink, E. (2015). The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(6), 536–543. <https://doi.org/10.1177/1474515114548622>
- Funnell, M. M. (2016). Patient empowerment: What does it really mean? *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1921–1922. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.010>
- Ghisi, G. L. de M., Abdallah, F., Grace, S. L., Thomas, S., & Oh, P. (2014). A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Education and Counseling*, 95(2), 160–174. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.012>
- Gomes, E. T., da Silva, T. T., & da Silva Santos, M. (2018). Complicações da intervenção coronária percutânea: Inferência dos diagnósticos de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 17(6), 694–701. <https://doi.org/10.33233/eb.v17i6.1306>
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(1), CD000313. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5>
- Grupo Português de Triagem. (2021). Grupo Português Triagem | GPT. *Grupo Português de Triagem*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/>
- Grupo Português Triagem. (2011). *Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>

- Haddad, N. E., Saleh, M. N., & Eshah, N. F. (2018). Effectiveness of nurse-led video interventions on anxiety in patients having percutaneous coronary intervention. *International Journal of Nursing Practice, 24*(4), e12645. <https://doi.org/10.1111/ijn.12645>
- He, P.-P., Shen, Q.-Q., Chen, Y.-S., Yu, J., Li, Z.-X., & Ouyang, X.-P. (2020). Development and validation of a Chinese-language instrument measuring empowerment needs of patients after a percutaneous coronary intervention. *Nursing & Health Sciences, 22*(2), 364–373. <https://doi.org/10.1111/nhs.12657>
- Hilário, T. S., Paganin, A. C., Beghetto, M. G., Rabelo-Silva, E. R., Hirakata, V. N., Matte, R., & Sauer, J. M. (2017). A Vascular Complications Risk (VASCOR) score for patients undergoing invasive cardiac procedures in the catheterization laboratory setting: A prospective cohort study. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 16*(5), 409–417. <https://doi.org/10.1177/1474515116684250>
- Housholder-Hughes, S. D., Ranella, M. J., Dele-Michael, A., & Rubenfire, M. (2015). Evaluation of a postdischarge coronary artery disease management program. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27*(7), 371–378. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12201>
- Hu, X., Zhu, X., & Gao, L. (2014). Intensive nursing care by an electronic followup system to promote secondary prevention after percutaneous coronary intervention: A randomized trial. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 34*(6), 396–405. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000056>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., ... Gale, C. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial

- infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Ibrahim, A., Chongprasertpon, N., Heelan, M., Maguire, I. C., Coffey, J., McElligott, H., Cahill, C., Mannix, K., Ahern, C., McDermott, B., Hennessy, T. G., Arnous, S., & Kiernan, T. J. (2019). Outcomes of nurse-led clinic for patients treated with percutaneous coronary intervention: A retrospective analysis. *Applied Nursing Research*, 49, 19–22. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.07.005>
- Iles-Smith, H., Deaton, C., Campbell, M., Mercer, C., & McGowan, L. (2017). The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3511–3518. <https://doi.org/10.1111/jocn.13715>
- INEM. (2012). *Situação-de-Exceção.pdf*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- INEM. (2020). *Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Ingram, S., Quirke, M. B., & Loo, B. (2020). An advanced nurse-led clinic for patients following percutaneous coronary intervention. *British Journal of Cardiac Nursing*, 15(10), 1–11. <https://doi.org/10.12968/bjca.2020.0089>
- Jiang, W., Feng, M., Gao, C., Li, J., Gao, R., & Wang, W. (2020). Effect of a nurse-led individualized self-management program for Chinese patients with acute myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(4), 320–329. <https://doi.org/10.1177/1474515119889197>
- Jones, S., Gill, P., & Kenkre, J. (2020). Nurse Managed Patient Focused Assessment and Care: A Grounded Theory of Qualified Nurses in Acute and Critical Care Settings Assessing

- the Mental Capacity of Adult Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1254–1266. <https://doi.org/10.1111/jocn.15188>
- Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(1), 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>
- Kilonzo, B., & O'Connell, R. (2011). Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): Perspectives of both patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7–8), 1160–1167. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03601.x>
- Kohler A. et al. (2020). *The effect of problem-based learning after coronary heart disease – a randomised study in primary health care (COR-PRIM) | BMC Cardiovascular Disorders* / *Full Text*. <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-020-01647-2>
- Kurt, Y., & Kaşıkçı, M. (2019). The effect of the application of cold on hematoma, ecchymosis, and pain at the catheter site in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.005>
- Leão, M. da S., Lima, G. de, & Araújo, A. H. I. M. de. (2022). Cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos à cinecoronariografia e o papel do enfermeiro na retirada do introdutor vascular. *Research, Society and Development*, 11(8), Art. 8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30609>
- Lei 33/2009, de 14 de Julho*. (2009, julho 14). <https://dre.tretas.org/dre/256834/lei-33-2009-de-14-de-julho>

Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro. (2015).

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2446&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=S

Ludin, S. M. (2018). Does good critical thinking equal effective decision-making among critical care nurses? A cross-sectional survey. *Intensive & Critical Care Nursing, 44*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.002>

Mazzo, A., Magalhães, E. M. L., Sonobe, H. M., & Girão, F. B. (2010). Nursing care on percutaneous transluminal coronary angioplasty: Integrative literature review. *Revista de Enfermagem UFPE on line, 4*(3), Art. 3. <https://doi.org/10.5205/reuol.956-7962-2-LE.0403esp201027>

Meleis, I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Mert, H., Seren Intepeler, S., Bengu, N., Baturlar, Z., Istan, P., & Ozcelik, E. (2012). Efficacy of frequent blood pressure and heart rate monitoring for early identification of bleeding following percutaneous coronary intervention: Frequent vital sign monitoring. *International Journal of Nursing Practice, 18*(1), 52–59. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01984.x>

Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014 | DRE*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/>

Mols, R. E., Hald, M., Vistisen, H. S., Lomborg, K., & Maeng, M. (2019). Nurse-led Motivational Telephone Follow-up After Same-day Percutaneous Coronary Intervention Reduces Readmission and Contacts to General Practice. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 34*(3), 222–230. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000566>

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between

- a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Neumann, F.-J., Sousa-Uva, M., Ahlsson, A., Alfonso, F., Banning, A. P., Benedetto, U., Byrne, R. A., Collet, J.-P., Falk, V., Head, S. J., Jüni, P., Kastrati, A., Koller, A., Kristensen, S. D., Niebauer, J., Richter, D. J., Seferović, P. M., Sibbing, D., Stefanini, G. G., ... Henderson, R. (2019). 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 40(2), 87–165. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy394>
- OE, 2015. (sem data). Obtido 3 de abril de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Olsen, S. J., Schirmer, H., Wilsgaard, T., Bønaa, K. H., & Hanssen, T. A. (2018). Cardiac rehabilitation and symptoms of anxiety and depression after percutaneous coronary intervention. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(10), 1017–1025. <https://doi.org/10.1177/2047487318778088>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento nº 140/2019 | DRE*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento nº 743/2019 | DRE*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Médicos, S. P. de C. I. (2008). *Transporte Doente Critico*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Ordem Enfermeiros. (2012). *Divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem Enfermeiros. (2015). *REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- Ordem Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº 429/2018* | DRE. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem Enfermeiros. (2020). *Pronúncia-nº74 Conselho de Enfermagem dotação-sala-de-angiografia-e-cardiologia-de-intervenção.pdf*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21042/anonimizado_pron%C3%BAncia-n%C2%BA74_ce-dota%C3%A7%C3%A3o-sala-de-angiografia-e-cardiologia-de-interven%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. 87.
- Pereira, et al. (2015). *Evolução da intervenção coronária percutânea entre 2004-2013. Atividade em Portugal segundo o Registo Nacional de Cardiologia de Intervenção | Elsevier Enhanced Reader*. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2015.06.005>
- Peters et al. (2020). *Chapter 11: Scoping reviews—JBI Manual for Evidence Synthesis—JBI Global Wiki*. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Em E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Petterson, T. R., Fridlund, B., Bendz, B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Schjøtt, J., Norekvål, T. M., & CONCARD Investigators. (2018). Challenges adhering to a medication regimen following first-time percutaneous coronary intervention: A patient

- perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 16–24.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.013>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., ... Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315–2381.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Qin, H., Mayer, H., Öztürk, B., & Badr Eslam, R. (2021). Patients' Perspectives With Acute Coronary Syndrome After Percutaneous Coronary Intervention. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(5), 588–593. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.02.006>
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Redfern, J., & Briffa, T. G. (2014). The transition from hospital to primary care for patients with acute coronary syndrome: Insights from registry data. *Medical Journal of Australia*, 201(10). <https://www.mja.com.au/journal/2014/201/10/transition-hospital-primary-care-patients-acute-coronary-syndrome-insights>
- Richter, V. C., Coelho, M., Arantes, E. de C., Dessotte, C. A. M., Schmidt, A., Dantas, R. A. S., Rossi, L. A., & Furuya, R. K. (2015). Estado de saúde e saúde mental de pacientes após intervenção coronária percutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 676–682. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680415i>

- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.034>
- Roffi et al. (2015). *Síndromes-Coronárias-Agudas-sem-Elevação-do-Segmento-ST.pdf*. <https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/S%C3%ADndromes-Coron%C3%A1rias-Agudas-sem-Elev%C3%A7%C3%A3o-do-Segmento-ST.pdf>
- Rolley, J. X., Davidson, P. M., Salamonson, Y., Fernandez, R., & Dennison, C. R. (2009). Review of nursing care for patients undergoing percutaneous coronary intervention: A patient journey approach. *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), 2394–2405. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02768.x>
- Rolley, J. X., Salamonson, Y., Dennison, C. R., & Davidson, P. M. (2010). Nursing care practices following a percutaneous coronary intervention: Results of a survey of Australian and New Zealand cardiovascular nurses. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(1), 75–84. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181bb419d>
- Rolley, J. X., Salamonson, Y., Wensley, C., Dennison, C. R., & Davidson, P. M. (2011). Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 24(1), 18–38. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2010.08.002>
- Siefers, R., & Dunkley, S. (2015). Caring for patients post PPCI: Examining a lack of evidence and standards. *British Journal of Cardiac Nursing*, 10(11), 541–547. <https://doi.org/10.12968/bjca.2015.10.11.541>
- Silva, C. F. T., Pedreira, L. C., Amaral, J. B. do, Mussi, F. C., Martorell-Poveda, M. A., & Souza, M. L. de. (2021a). The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 2), e202000992. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>

- Silva, C. F. T., Pedreira, L. C., Amaral, J. B. do, Mussi, F. C., Martorell-Poveda, M. A., & Souza, M. L. de. (2021b). The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 2), e202000992. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>
- Stillman, A. N., Moser, D. J., Fiedorowicz, J., Robinson, H. M., & Haynes, W. G. (2013). Association of Anxiety With Resistance Vessel Dysfunction in Human Atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 75(6), 537–544. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31829a0ae3>
- Thronsdon et al. (2009a). *Angina Following Percutaneous Coronary Intervention: In-stent Restenosis*. Google Docs.
- Thronsdon et al. (2009b). *Improving Outcomes Following Elective Percutaneous Coronary Intervention: The Key Role of Exercise and the Advanced Practice Nurse*. Google Docs.
- Thronsdon, K., Sawatzky, J.-A. V., & Schultz, A. (2016). Exploring the Perceptions and Health Behaviours of Patients Following an Elective Ad-hoc Percutaneous Coronary Intervention: A Qualitative Study. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing = Journal Canadien En Soins Infirmiers Cardio-Vasculaires*, 26(2), 25–32.
- Turner, A., Phillips, L., Hambridge, J. A., Baker, A. L., Bowman, J., & Colyvas, K. (2010). Clinical Outcomes Associated with Depression, Anxiety and Social Support Among Cardiac Rehabilitation Attendees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(7), 658–666. <https://doi.org/10.3109/00048671003646751>
- Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M.-B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Fridlund, B., & on behalf of the CONCARD Investigators. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 444–452. <https://doi.org/10.1177/1474515117690298>

- WHO. (2013). *Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century*.
<https://www.who.int/europe>
- WHO. (2022). *Cardiovascular diseases*. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/cardiovascular-diseases>
- Wong, N., Chua, S. J. T., Gao, F., Sim, S. T. R., Matchar, D., Wong, S. L. A., Yeo, K. K., Tan, W. C. J., & Chin, C. T. (2016). The effect of a nurse-led telephone-based care coordination program on the follow-up and control of cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease. *International Journal for Quality in Health Care*, *intqhc*;mzw103v1. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw103>
- Wyman, R. M., Safian, R. D., Portway, V., Skillman, J. J., McKay, R. G., & Baim, D. S. (1988). Current complications of diagnostic and therapeutic cardiac catheterization. *Journal of the American College of Cardiology*, *12*(6), 1400–1406.
[https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(88\)80002-0](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(88)80002-0)
- Xiao, L., Wang, P., Fang, Q., & Zhao, Q. (2018). Health-promoting Lifestyle in Patients after Percutaneous Coronary Intervention. *Korean Circulation Journal*, *48*(6), 507–515.
<https://doi.org/10.4070/kcj.2017.0312>
- Yuan, L., & Yuan, L. (2021). Effectiveness of nursing Intervention on anxiety, psychology and self-efficacy among elderly patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention: An observational cohort study. *Medicine*, *100*(33), e26899. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026899>
- Zhang, T., & Qi, X. (2021). Greater Nursing Role for Enhanced Post-Percutaneous Coronary Intervention Management. *International Journal of General Medicine*, *14*, 7115–7120. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S337385>

APÊNDICES

APÊNDICE I: Q168 - Projeto de Estudo de Investigação



PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo de investigação (máximo de 15 palavras)
Intervenções de Enfermagem na capacitação da pessoa submetida a intervenção coronária percutânea: uma scoping review

Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe
Área científica: Enfermagem LI – Resposta Humana aos Processos de Saúde Doença

Investigador responsável
Nome: Esmeralda Maria de Almeida Carvalho Nacionalidade: Portuguesa Grau académico: Licenciatura Categoria profissional: Enfermeira Instituição: CHUC-HUC Email: olaesmeralda@gmail.com Telemóvel: 965233225 Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: https://orcid.org/0000-0002-9751-9989 (*preferencialmente em fomato ORCID)

Investigadores Associados
Nome: Nacionalidade: Grau académico: Categoria profissional: Instituição: Email: Telemóvel: Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: (*preferencialmente em formato ORCID)

Calendarização
Data prevista de início da fase empírica: 03/01/2022 Data prevista de conclusão: 30/6/2022

Instituições envolvidas
Instituição principal: Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa Papel: Unidade de Investigação

Orientador
Nome: Igor Emanuel Soares Pinto Nacionalidade: Portuguesa Grau académico: Msc., Doutorando Universidade Católica Portuguesa Categoria profissional: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Instituição: Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Escola Superior de Saúde Norte da CVP de Oliveira de Azemeis Email: igor.pinto@essnortecvp.pt Telemóvel: 912548927 Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: https://orcid.org/0000-0003-3739-2020 (*preferencialmente em fomato ORCID)

Revisão da Literatura (máximo de 1000 palavras)

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte em todo o mundo, eliminando cerca de 17,9 milhões de vidas a cada ano. São um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem a doença coronária (DC), doença cerebrovascular, doença cardíaca reumática e outras condições. Mais de quatro em cada cinco mortes por DCV são devido a eventos cardíacos e derrames, e um terço dessas mortes ocorrem prematuramente em pessoas com menos de 70 anos de idade (WHO, 2022).

A intervenção coronária percutânea (ICP) é uma eficiente opção terapêutica para a DC pois restabelece o fluxo sanguíneo no miocárdio através da introdução de um cateter até ao local onde está a obstrução. Pode insuflar-se um balão ou colocar-se um *stent* (malha metálica expansível) para desobstruir a artéria. Dessa forma, a ICP inclui a angioplastia com balão (angioplastia coronária transluminal percutânea), o implante de *stents* intracoronários e outras intervenções com o uso de cateteres para o tratamento da aterosclerose coronária (Richter et al., 2015).

Em 2013 realizaram-se 36810 cateterismos diagnósticos (3529 coronariografias por milhão de habitantes), representando um aumento significativo de 34% relativamente ao ano de 2007. A ICP cresceu 64% desde 2004, atingindo um total de 13897 procedimentos e uma taxa de 1333 por milhão de habitantes no ano de 2013 (Pereira, 2015).

A cardiologia de intervenção tem experimentado um extraordinário avanço nos últimos anos, sendo atualmente o método de revascularização do miocárdio mais usado em vários contextos clínicos, incluindo a doença arterial coronária estável, as síndromes coronárias agudas e o enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST ou sem supra desnivelamento do segmento ST (Feres et al., 2017). A ICP pode ser realizada em caráter eletivo ou de emergência durante o evento de enfarte agudo do miocárdio ou angina instável, para diagnóstico e tratamento da DC (Mazzo et al., 2010).

O avanço tecnológico dos dispositivos (por exemplo: fios-guia, stents e orientação por imagem intravascular) e a eficácia da medicação adjuvante,

melhorou substancialmente a segurança e a taxa de sucesso do procedimento, reduzindo complicações e, conseqüentemente, encurtando o período de internamento hospitalar. As principais complicações associadas à ICP são as vasculares: o hematoma e a hemorragia no local de acesso, a hemorragia retroperitoneal, o pseudoaneurisma ou a fístula arteriovenosa (Hilário et al., 2017). Outras complicações que podem surgir são as renais, nomeadamente a nefropatia devido à administração do produto de contraste, as neurológicas, como a alteração do estado consciência, o acidente vascular cerebral (AVC) e as hemodinâmicas, havendo necessidade de cirurgia de revascularização emergente (Gomes et al., 2018).

Com o objetivo de otimizar a permanência hospitalar da pessoa, foi desenvolvida a estratégia de alta no mesmo dia, que é parte de uma logística de contenção de custos, de políticas de gestão hospitalar que inclui eficácia clínica, segurança e satisfação da pessoa submetida a ICP (Conejo, 2021). A admissão eletiva, implica a alta no próprio dia ou entre as 24 a 48 horas seguintes, caso o doente seja submetido a implantação de stents.

Tendo em conta que, por definição, um evento adverso resultante da ICP é qualquer intercorrência que ocorra dentro de 24 horas após o procedimento (Wyman et al., 1988), as intervenções de enfermagem têm um papel fundamental na capacitação da pessoa para o regresso a casa, através da educação e do seu envolvimento.

De acordo com o artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, *“consideram-se intervenções autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (OE, 2015).*

As intervenções de enfermagem surgem com enfoque desde as formas de prevenção de complicações pós procedimento, de controle de factores de risco para DC, adesão ao tratamento farmacológico e adoção de uma conduta adequada da pessoa em cada fase do processo saúde-doença, surgindo como elemento facilitador. (Mazzo et al., 2010).

Neste contexto de cuidados, a teoria das transições de Afaf Meleis norteia as intervenções de enfermagem, pois a transição é definida como a mudança entre

ambientes, condições ou estados estáveis, exigindo da pessoa conhecimento para adaptações internas e externas diante de situações de emergência (Silva et al., 2021b).

A resposta a preocupações ou perguntas sobre o procedimento antes e depois da ICP ajudam a melhorar o nível de conforto e confiança da pessoa em participar nas recomendações de cuidados pós ICP (Chang et al., 2020).

As modificações no estilo de vida necessárias para o tratamento da DC, podem ser bem acolhidas pelas pessoas, quando se encontram motivadas pelo desejo de adotar hábitos de vida mais saudáveis, ou negligenciadas, quando impostas pelos profissionais de saúde, ou quando a pessoa, familiares e cuidadores não estão devidamente capacitados para os cuidados recomendados, podendo ser rejeitadas quando não há vontade pessoal (Silva et al., 2021b).

A percepção da doença pela pessoa submetida a ICP varia de acordo com fatores demográficos, antecedentes pessoais, história familiar. A avaliação da percepção da doença e a definição de um programa educacional de follow-up ao longo do tempo, traz melhoria na aceitação e percepção da doença (Ashour et al., 2020).

Hoje em dia deparamos com um papel de enfermagem de caracter muito tecnicista na sala de hemodinâmica. A realização desta revisão surge da necessidade em contrariar esta tendência, identificando as intervenções autónomas do enfermeiro da equipa de hemodinâmica no cuidado ao doente submetido a ICP promovendo a sua capacitação para o regresso a casa.

Assim, a Scoping Review visa mapear os principais conceitos de uma área de pesquisa, fontes e evidências disponíveis, pode ser realizada mediante temas complexos ou áreas que ainda não foram revisadas. São amplamente utilizadas para sintetizar evidências em saúde que requerem a descrição de aspetos abrangentes. Ainda exigem métodos rigorosos e transparentes em sua condução para garantir que os resultados sejam confiáveis (Munn et al., 2018).

O principal objetivo desta revisão é identificar as intervenções de enfermagem que promovam a capacitação da pessoa proposta para ICP no regresso a casa.

A questão norteadora desta revisão é:

- Quais as intervenções de enfermagem na promoção da capacitação da pessoa submetida a ICP no regresso a casa.

Material e Métodos (máximo de 1000 palavras)

Tipo de Estudo

A revisão será conduzida segundo a metodologia Joanna Briggs Institute para scoping review, com base nas diretrizes do modelo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Este tipo de síntese do conhecimento deve ser conduzido de forma rigorosa, transparente e confiável, fornecendo uma visão geral ou um mapa das evidências (Peters et al., 2020).

Segundo Munn e colaboradores 2018, uma scoping review acenta no propósito de identificar os tipos de evidências disponíveis em um determinado campo, esclarecendo os principais conceitos/definições na literatura, examinando como a pesquisa é conduzida em um determinado tópico ou campo, identificando as principais características ou fatores relacionados a um conceito, sendo precursor de uma revisão sistemática, identificando e analisando lacunas de conhecimento.

De acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, foram definidos critérios de elegibilidade com base na menemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters, 2020):

População: são estudos que envolvam pessoas adultas com doença coronária submetidos a ICP;

Conceito: são estudos que abordem as Intervenções de Enfermagem direcionadas para o capacitação da pessoa submetida a ICP no domicílio;

Contexto são estudos realizados em qualquer contexto de admissão no hospital até ao regresso a casa.

Foram definidos os seguintes critérios de exclusão:

- População com idade inferior a 18 anos;
- Pessoas com patologia psiquiátrica ou sem capacidade cognitiva;

Tipo de fontes:

Esta revisão considerará qualquer pesquisa primária ou secundária, com metodologia quantitativa, qualitativa ou mista. Serão incluídas também todo o tipo de revisões da literatura, nomeadamente revisões sistemáticas ou integrativas e artigos de opinião.

Estratégia de pesquisa:

Foi definida a seguinte estratégia de pesquisa:

1 - Pesquisa nas bases de dados – Pubmed e CINAHL Complete (via EBSCOhost) para identificar artigos sobre o tema e analisar as palavras contidas nos títulos e resumos;

2 – Pesquisa nas bases de dados selecionadas com o recurso da combinação de vários termos MeSH e linguagem natural definiu-se a frase booleana a utilizar em cada base de dados: (“Nursing care” OR Nurs*) AND “Percutaneous Coronary Intervention”

3 – Análise da lista de referências bibliográficas dos artigos identificados para procurar estudos adicionais (técnica referência de referência).

A pesquisa foi realizada no dia 28 de Março de 2022, sem limite temporal, nas bases de dados, CINAHL Complete, PUBMED, COCHRANE Library Plus, JBI Evidence Synthesis, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e como fontes de literatura cinzenta a OPENGREY, RECAAP e DART - Europe. Apenas são incluídos estudos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

A estratégia de pesquisa está exposta na tabela 1.

Tabela 1 - Exemplo de estratégia de pesquisa na base de dados CINAHL (via EBSCO)

Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	(“Nursing care” OR Nurs*)	999,797
#2	“Percutaneous Coronary Intervention”	17,691
#3	(“Nursing care” OR Nurs*) AND “Percutaneous Coronary Intervention”	461

Seleção dos estudos/fonte de evidência:

Será utilizado o software bibliográfico Zotero 5.0.94 (Corporation for Digital Scholarship, 2020) para a extração de artigos, gestão dos estudos e remoção dos duplicados.

Com base nos critérios de inclusão, inicia-se a seleção dos estudos pela análise dos títulos e resumos que será realizada por dois revisores independentes,

sendo qualquer divergência resolvida por consenso ou por um terceiro revisor para confirmar a elegibilidade de determinada publicação.

Para a extração de dados, de forma a organizar todo o processo foi elaborada uma tabela.

Tabela 2 – Tabela de extração de dados

Ano/ Autor/ Titulo	Objetivo	Amostra	Método	Intervenções De Enfermagem	Instrumento utilizado/ Resultados

Considerações éticas (máximo de 500 palavras)

Esta revisão utiliza como dados, documentos acessíveis ao público, não tendo sido considerados critérios que exijam a aprovação por uma comissão de ética.

Não existe qualquer conflito de interesse na realização deste trabalho por parte dos investigadores.

Não estão previstos quaisquer custos, financiamento ou apoio externo.

Previsão de disseminação científica

Prevê-se a participação em eventos científicos com comunicações orais e/ou poster com os resultados obtidos e a publicação de artigo científico em revista.

Autorização para tratamento, utilização e divulgação de dados

Autorizo o tratamento, a utilização e a divulgação dos dados constantes neste documento para efeitos de introdução na base de dados da UID, divulgação dos Estudos de Investigação da UID e divulgação da produção científica dos autores deste Projeto de Estudo de Investigação.

Assinatura do investigador responsável:

Esmeralda Carvalho

APÊNDICE II: Tabela de Extração de Dados

Tabela de Extração de Dados

Artigo. Ano/Autor/Título	Objetivo	Amostra	Método	Intervenções De Enfermagem	Resultados
1. (Corones-Watkins et al., 2019) Outcomes of a randomised pilot trial of a nurse-led clinic for patients after percutaneous coronary intervention	Este estudo avaliou a eficácia de uma clínica liderada por enfermeiros na autoeficácia cardíaca da pessoa e sintomas psicológicos negativos de ansiedade e depressão 1 semana após a alta da ICP.	33 participantes Grupo de Tratamento Padrão n=20 IMC >média n=8 Álcool n=9 Tabagismo n=1 HTA n=7 Hipercolesterolémia n=7 FA n=3 Ansiedade e Depressão n=2 Diabetes n=2 Exercício n=13 Grupo de Intervenção n=13 IMC>média n=13 Álcool n=12 Tabagismo n=4 HTA n=12 Hipercolesterolémia n=13 FA n=4 Ansiedade e Depressão n=2 Diabetes n=2 Exercício n=13	Estudo piloto randomizado de duas fases. Na Fase 1, a Escala de Autoeficácia Cardíaca (CSE) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberg (IDATE-IT) mediram os desfechos primários, enquanto a Escala de Depressão Cardíaca (CDS) foi usada para medir os desfechos secundários. Colheita de dados: T1 – dia da alta (randomização) T2 – 5ª e 7ª dia após a alta T3 – 1 mês após a alta T4 – 3 meses após a alta A Fase 2 avaliou as experiências dos participantes e as percepções dos profissionais de saúde sobre a intervenção por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados através do programa IBM SPSS, versão 19 (Armonk, NY: IBM Corp)	Grupo de Tratamento Padrão (n=20) - acompanhamento telefônico Receberam educação hospitalar usual, que incluiu informações verbais e escritas sobre a autogestão pós-alta (ou seja, local de acesso, medicação, angina, dieta e acompanhamento especializado) e encaminhamento para prevenção secundária. Grupo Intervenção (n=13) - Consulta de enfermagem presencial de 45-60 min: - avaliação e educação de saúde personalizada; - avaliação psicossocial; - avaliação física que envolveu a realização de um inquérito primário, eletrocardiograma de 12 derivações (ECG) e sinais vitais; - avaliação neurovascular e do local de acesso arterial	Fase 1: autoeficácia, ansiedade e depressão . Autoeficácia - uma redução moderada na CSE foi demonstrada no grupo de intervenção e não teve efeito no grupo padrão; . Ansiedade - demonstrou-se uma redução moderada nos participantes do grupo de intervenção enquanto o efeito nulo foi observado nos participantes do grupo de tratamento padrão; . Depressão - Uma pequena redução foi perceptível nos sintomas de depressão nos dois grupos. As taxas de recuperação padronizada pré e pós para sintomas depressivos demonstraram resultados semelhantes em ambos os grupos de estudo Fase 2: os participantes relataram benefícios em frequentar uma consulta pós alta destacando o reforço da educação na recuperação física e psicológica, autogestão, autoconfiança, mudança de comportamentos, redução da ansiedade, identificação e gestão de sintomas e prevenção de complicações associadas à realização de ICP. Destacaram a natureza de apoio da consulta de enfermagem por enfermeiros em relação à continuidade dos cuidados e reforço da

					educação para melhorar a autogestão. Além disso, destacou-se a importância de ter uma enfermeira a realizar o acompanhamento pós-alta no período pós-alta precoce.
2. (Haddad et al., 2018) Effectiveness of nurse-led video intervention in patients having percutaneous coronary intervention	Avaliar a eficácia de intervenção educacional baseada em vídeo liderada por enfermeiros sobre a ansiedade em pessoas submetidas a ICP	99 participantes: 48 grupo de comparação Homens n=31 Casados n=41 Desempregados n=35 Ensino abaixo do secundário n=36 Fumadores n=23 Diabetes n=21 HTA n=29 ICP anterior n=21 51 grupo de intervenção Homens n=34 Casados n=46 Desempregados n=38 Ensino abaixo do secundário n=41 Fumadores n=27 Diabetes n=23 HTA n=28 ICP anterior n=18	Comparação quase-experimental, pré-teste, pós-teste, não equivalente Colheita de dados em 3 tempos (T0, T1 e T2) usando a escala de ansiedade SAI (Spielberg) T0 – 24 horas antes da ICP – ambos os grupos Alocação dos participantes aos grupos T1 – 2 horas antes ICP T2 – 4 a 6 horas após a ICP Análise de Dados: Statistical Package for Social Science versão 21	Grupo de Comparação: cuidados de rotina padrão, realização do exame físico no dia antes da ICP, recebendo instruções verbais sobre necessidade de jejum, preparação da pele, aumento da ingestão de líquidos pós procedimento. Grupo de Intervenção: Educação através de um vídeo preparado segundo as diretrizes da American Heart Association, com cerca de 20 min, 24h antes do procedimento, individualmente a cada participante. O vídeo inclui fotos e ilustrações sobre o procedimento ICP, benefícios e consequências, elementos da equipa multidisciplinar, anestesia, locais de acesso arterial, uso de contraste iodado, duração do procedimento, cuidados pós procedimento, tempo de repouso, importância da ingestão de líquidos. De seguida foi fornecido um panfleto com os pontos chave abordados.	T0 - não se verificou diferença significativa nos níveis de ansiedade nos dois grupos (Score 49 vs 52 na escala de Spielberg) T1 – o grupo de intervenção evidenciou menores níveis de ansiedade do que o grupo de comparação (Score 33 vs 60 respetivamente); T2 – Os níveis de ansiedade diminuíram em ambos os grupos. Considera-se que o grupo de intervenção estava sem ansiedade (Score 24,1 na escala de Spielberg) e que o grupo de comparação apresentava ainda ansiedade (Score 44,17)

				Em ambos os grupos foi feita colheita de dados socio demográficos e história clínica prévia.	
3. (Kohler A. et al., 2020) The effect of problem-based learning after coronary heart disease - a randomised study in primary health care (COR-PRIM)	Demonstrar que a aprendizagem baseada em problemas tem melhor eficácia a longo prazo do que a aprendizagem baseada nas informações padronizadas enviadas para casa no empoderamento e autocuidado da pessoa com doença coronária.	157 participantes 79 participantes grupo experimental (aprendizagem baseada em problemas) Homens n=60 Idade n=68,5 Meio Rural n=45 Educação baixa n=46 Pensionista n=52 Coabitante n=60 Tabaco n=9 Diabetes n=17 Colesterol n=26 Angina n=21 Outras Comorbilidades n=27 EAM anterior n=27 78 participantes grupo de controle (informações enviadas para casa) Homens n=62 Idade n=68,9 Meio Rural n=38 Educação baixa n=38 Pensionista n=52 Coabitante n=55 Tabaco n=10 Diabetes n=8 Colesterol n=30 Angina n=19 Outras Comorbilidades n=33 EAM anterior n=41	Estudo prospectivo, randomizado durante 1 ano.	Grupo controle: após a randomização os participantes receberam informação por escrito e panfletos para atingir as metas para o autocuidado. 1 ano depois foi agendada reunião presencial em grupos de 6-9 participantes para partilhar a experiência. Grupo experimental: após a randomização, foram agendadas 13 visitas durante 1 ano, sendo realizadas entrevistas para avaliar a experiência de cada participante e recebendo orientação de enfermagem dirigida aos problemas. Durante as visitas agendadas, era fornecido ao participante material didático e literatura baseada em evidencia de forma a dar resposta aos seus problemas. - Colaboração de outros profissionais (médico e nutricionista) na discussão de problemas não resolvidos pelos pacientes. - Envolvimento da família nas visitas agendadas. Na visita final, foram realizadas	O principal resultado foi o empoderamento do doente para atingir as metas de autocuidado - Swedish-Coronary Empowerment Scale – não diferindo os resultados do grupo de controle dos resultados do grupo experimental, apresentando um Score alto em ambos os grupos. Como resultados secundários foram autoeficácia em geral (Escala de Autoeficácia Geral), dieta saudável (Escala de Autoeficácia Nutricional) e exercício físico (Escala de Autoeficácia para Exercício Físico), não diferindo os resultados do grupo de controle dos resultados do grupo experimental. A avaliação do bem-estar (Escala de Cantril e EuroQoL 5 dimensões) e Autoavaliação de Saúde (EuroQoL-Visual Analogue Scale) não mostrou diferenças significativas em ambos os grupos. Houve diminuição do IMC (perda de peso significativa) e aumento do colesterol HDL no grupo experimental (baseado em problemas) em relação ao grupo de controle (informações enviadas para casa)

				entrevistas em grupo para colher dados sobre as crenças e experiências dos pacientes no autocuidado e no estudo.	
4. (He et al., 2020) Development and validation of a Chinese-language instrument measuring empowerment needs of patients after a percutaneous coronary intervention	Desenvolver e validar um instrumento de linguagem para medir as necessidades de empoderamento do doente com doença coronária após um procedimento de ICP	226 participantes Homens n=117 Idade 50-70 n=161 Casados n=211 Nível de Educação baixo n= 113 ICP anterior n=188 Idade 1ªstent 50-70 anos n=163	Estudo de 4 fases : 1. Desenvolvimento inicial do instrumento – 10 participantes pós ICP 2. Validade do conteúdo – Método Delphi 3. Teste Piloto – verificação da elegibilidade com 20 participantes pós ICP 4. Teste Psicométrico – 226 participantes pós ICP A análise de dados foi feita através do SPSS versão 18	Fase 1 Entrevista semiestruturada presencial de 20-40 min para explorar as necessidades de empoderamento em termos de família e apoio social, conhecimento sobre doença cardíaca e ICP, autogestão pós ICP e apoio profissional em relação à promoção da saúde. Desenvolvimento de um guia de tópicos de entrevista com base nos conceitos de empoderamento, cuidados baseados em evidência sobre doença coronária e ICP e uma revisão da literatura. Os participantes foram incentivados a descrever as suas preocupações, ansiedade e stress relacionadas com a ICP, necessidades de apoio familiar e social e necessidades de informações sobre estratégias de adaptação pós-procedimento. Fase 2 Validade do Conteúdo - 21 profissionais de diferentes áreas entre os quais 10 enfermeiros fizeram a validação dos dados da escala	Instrumento de 5 dimensões Dimensão 1: fontes de apoio social; Dimensão 2: informações de enfermagem sobre doença coronária, ICP e reabilitação; Dimensão 3: recomendações de enfermagem sobre gestão da doença; Dimensão 4: conselhos de enfermagem sobre gestão do stress; Dimensão 5: incentivar os doentes a assumir o controle da própria saúde. A dimensão 2 teve a pontuação mais alta, pois os doentes acham que os enfermeiros fornecem informação adequada sobre a doença. A dimensão 1 foi a segunda mais pontuada na medida que os doentes receberam apoio dos enfermeiros na procura de apoio de familiares, profissionais de saúde e outros doentes. A dimensão 5 foi a que teve a pontuação mais baixa, o que pode indicar que os participantes pensavam que os enfermeiros não acreditariam que os pacientes seriam capazes de tomar a decisão certa sobre a sua saúde e assumir o controle da sua recuperação. Esse achado também mostra a necessidade de incentivar a tomada de decisão compartilhada no cuidado à pessoa.

				<p>inicial – Método Delphi</p> <p>Fase 3 Verificação da elegibilidade da escala através da aplicação da mesma a 20 participantes, fazendo algumas correções com base nos comentários efetuados.</p> <p>Fase 4 Aplicação da Escala recém desenvolvida em simultâneo com a General Self-Efficacy Scale (GSES) para validação da escala.</p>	
<p>5. (Valaker et al., 2017) Study on application of continuity of care in secondary prevention for patients after percutaneous coronary intervention</p>	<p>Explorar como os pacientes submetidos à ICP vivenciam a continuidade dos cuidados entre os ambientes de atenção secundária e primária após a alta precoce.</p>	<p>22 participantes (Homens >67 anos Casados Ensino Médio Reformados ICP urgente HTA Fumadores Residência até 2h do centro de ICP)</p>	<p>Método exploratório indutivo através da realização de entrevistas semiestruturadas de 45-60 min.</p> <p>Entrevistas analisadas pela análise de conteúdo qualitativa.</p>	<p>Guião de entrevista realizada por enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiência no atendimento hospitalar (ICP eletiva ou urgente) - Experiência com os cuidados pós-alta; - Consistência nas informações; - Relação paciente – enfermeiro; - Visão do paciente sobre a organização dos cuidados; - Sugestões dos pacientes de melhoria. 	<p>Estes dados foram organizados por 5 categorias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Os caminhos do cuidado clínico são complexos – ICP eletiva (maior insatisfação pelo tempo de espera) e urgente (maior satisfação) 2 - O processo de alta é confuso e desorganizado 3 - Falta de informação sobre a vida diária pós-procedimento 4 - Necessidade de consultas de acompanhamento 5 - Acesso a reabilitação
<p>6. (Jiang et al., 2020) Effect of a nurse-led individualized self-management program for Chinese patients with acute myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention</p>	<p>Examinar os efeitos de um programa de autogestão individualizado liderado por enfermeiros (NISMP) sobre comportamentos de saúde, controle de fatores de risco cardíaco e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em pacientes com EAM submetidos a ICP.</p>	<p>112 participantes</p> <p>Grupo de controle 56 Grupo de Intervenção 56</p> <p>Idade 55 Homens Nível Educação Secundário Trabalhadores com salário Médio</p>	<p>Desenho quase experimental</p> <p>Colheita de dados através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLPII) – Comportamentos de Saúde . Risk Factors Assessment Form (RFAF) – Controle dos Fatores de Risco Cardíaco . Short Form 36 – item Health Survey (SF-36) - Qualidade de Vida Relacionada com Saúde 	<p>Grupo de Controle: os pacientes receberam os cuidados habituais do hospital, que incluíam o plano de alta habitual fornecido por uma enfermeira e consultas médicas regulares com um cardiologista a cada três meses no ambulatório.</p> <p>Grupo de Intervenção: recebeu o programa de</p>	<p>O programa NISMP mostrou-se eficaz nas 3 dimensões: Comportamentos de Saúde – Score mais alto nas 6 dimensões no grupo de intervenção.</p> <p>Controle dos fatores de risco – taxas de controle dos fatores de risco mais elevadas no grupo de intervenção, exceto no controle da TA que não teve diferença significativa.</p> <p>Qualidade de Vida – o grupo de intervenção</p>

			<p>A análise dos dados foi realizada com o software IBM SPSS Statistic Versão 22.0.</p>	<p>intervenção NISMP</p> <ul style="list-style-type: none"> - sessão de educação em grupo - objetivo fornecer conhecimento adequado e motivar comportamentos de autogestão - consulta individual presencial - Na sessão de consulta, a enfermeira avaliou os comportamentos de saúde, fatores de risco cardíaco e outras variáveis clínicas do paciente e estabeleceu as metas para o paciente. Quaisquer dúvidas sobre as experiências do paciente foram abordadas durante a sessão de consulta. As orientações recomendadas para melhorar os comportamentos de saúde e controlar os fatores de risco cardíaco foram fornecidas aos participantes no final da sessão. - acompanhamento telefônico durante 12 meses - Os objetivos foram verificar o progresso da recuperação, avaliar e monitorizar os comportamentos de saúde, incentivar os pacientes a seguir as instruções fornecidas e abordar suas preocupações. Durante essas ligações, a enfermeira avaliava os comportamentos de autogestão e 	<p>apresentou taxas mais elevadas nas dimensões saúde geral, papel físico, papel emocional e função social.</p>
--	--	--	---	---	---

				reforçava os pontos importantes, recompensando com elogios as metas alcançadas.	
7. (Aazami et al., 2016) Exploring expectations and needs of patients undergoing angioplasty	Este estudo teve como objetivo explorar as necessidades e expectativas de pacientes iranianos submetidos a procedimentos de angioplastia.	18 participantes 12 Homens 6 Mulheres 59 anos Idade Média 15 Casados 17 Empregados Ensino Médio	Estudo qualitativo, através de entrevista presencial, semiestruturada em profundidade. Análise de dados através do método de análise de conteúdo	Conscientização pré-procedimento sobre a natureza da doença, procedimentos terapêuticos, efeitos colaterais e cuidados pós-procedimento.	Conhecimento Processual – modificação do estilo de vida e consciencialização antes do procedimento (desconhecimento, falta de informação) Incerteza – expectativa dos pacientes em relação à ICP e dúvidas sobre a atuação dos profissionais de saúde no cuidado pós-procedimento; Apoio Social - necessidade de interação social do paciente com familiares, amigos e vizinhos que conheciam sua condição. A doença e seu processo terapêutico aproximam os membros da família. Os colegas de trabalho e os vizinhos apoiam.
8. (Chang et al., 2020) Nurse-led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease	Estudar o efeito do aconselhamento liderado por enfermeiros sobre os sintomas de ansiedade e a qualidade de vida após intervenção coronária percutânea para doença arterial coronariana estável	80 participantes Grupo Controle 40 Grupo Intervenção 40 60 Homens 59 idade média 34 ensino médio HTA (34) Dislipidemia (28)	Ensaio de controle randomizado através de entrevista presencial - SF 12 para avaliação da qualidade de vida - Questionário de Angina de Seattle (SAQ) aos 6 e 12 meses após a ICP - Questionário Zung de ansiedade e depressão	Grupo de controle recebeu informações padrão pré-procedimento sobre o processo de internamento, ICP e cuidados pós-procedimento Grupo de Intervenção recebeu uma sessão estruturada de aconselhamento de 30 minutos no dia anterior e 24 horas após a ICP	Controlo dos fatores de risco, com redução da frequência de angina e aumento do bem-estar físico e mental. Uma intervenção psicológica breve liderada por enfermeiros antes e depois da ICP foi associada a uma redução nos escores de ansiedade e melhoria nas medidas de qualidade de vida.
9. (Callaghan, 2011) The percutaneous coronary intervention	Desenvolvimento das funções de enfermagem especializada que acompanha pacientes	Não se aplica	Não se aplica	O papel do enfermeiro gira em torno do grupo de pacientes que necessita de ICP e acompanha-os em todos os	Não se aplica

specialist nurse role	submetidos a angiografia e angioplastia em todas as etapas do caminho da atenção secundária			contextos, incluindo emergência, urgência ou eletiva. Definição de planos de cuidados durante o internamento, preparação da alta e seguimento dos pacientes após a alta. Consulta de enfermagem pré procedimento nos pacientes eletivos: <ul style="list-style-type: none"> - exame físico; - explicação do procedimento; - avaliação e educação sobre fatores de risco e prevenção secundária; - análises clínicas; - importância da medicação antiagregante plaquetária Durante o Internamento: <ul style="list-style-type: none"> - vigilância de sintomas; - vigilância do local da punção; - educação do paciente sobre anti agregação dupla e risco da interrupção - importância da prevenção secundária e controlo dos fatores de risco - encaminhamento para outros elementos da equipa multidisciplinar Consulta de enfermagem após a alta.	
10. (Housholder-Hughes et al., 2015) Evaluation of a postdischarge and coronary artery disease	Avaliar o valor de um programa de gestão da doença arterial coronariana (CAD-DM) liderado por enfermeiros (Nurse	213 participantes Homens 63 anos Caucasianos Casados Ensino alto Classe média	Os pacientes foram recrutados para participar de três visitas mensais de 1 hora durante 12 semanas com um enfermeiro experiente na área cardiovascular	Visita Inicial (30 dias após alta) - Avaliação abrangente do risco cardiovascular: pressão arterial, frequência cardíaca, peso, circunferência da	O programa CAD-DM baseado em prática de enfermagem foi bem recebido e os participantes demonstraram melhoria na saúde física e mental, e maior adesão às mudanças de estilo

management program	Practitioner) em pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) ou intervenção coronária percutânea.			cintura, estatura, exame físico, eletrocardiograma, painel lipídico de jejum e perfil metabólico básico. A qualidade de vida foi avaliada usando o SF 12 Health Survey (SF-12), a depressão foi avaliada pelo Patient Health Questionário (PHQ-9), o conhecimento de doença arterial coronariana e fator de risco coronário por meio de uma avaliação não validada (Questionário de 22 itens). Visita 2 (4-8 semanas após alta): reavaliação; educação/coaching e reconciliação medicamentosa. Visita 3 (12 semanas): reavaliação, educação/coaching; reconciliação medicamentosa e integração comunitária.	de vida recomendadas e à medicação.
11.(Rolley et al., 2009) Review of nursing care for patients undergoing percutaneous coronary intervention : a patient journey approach	Avaliar a literatura existente acerca do manuseamento de enfermagem de pessoas submetidas a intervenção coronária percutânea	Não se aplica	Revisão sistemática	Modelo de Jornada do Paciente: 1. Reconhecimento de sintomas: prevenção primária; intervenção precoce; prevenção do risco cardiovascular 2. Decisão de Tratamento: manuseamento da doença; ICP urgente implica rápida e eficaz resposta; preparação psicológica do doente e família 3. Peri-procedimento: monitorização	1. Reconhecimento de sintomas: intervenção na comunidade através de programas de sensibilização/promoção da saúde 2. Decisão de Tratamento: informação do paciente sobre protocolos existentes; rastreamento eficaz; monitorização da segurança para a estabilidade hemodinâmica 3. Peri-procedimento: monitorizar a estabilidade hemodinâmica; cuidados ao acesso vascular; promoção do conforto do

				continua; remoção da bainha arterial; manejo da dor; manejo de complicações hemorrágicas 4. Pós-procedimento: prevenção secundária; questões relacionadas com o autocuidado; reabilitação cardíaca	doente; manter a comunicação com o paciente e família 4. Pós procedimento: padrões de referência para reabilitação cardíaca; diversidade de necessidades dos pacientes e familiares; inovação em prevenção secundária.
12.(Rolley et al., 2010) Nursing care practices following a percutaneous coronary intervention : results of a survey of Australian and New Zealand cardiovascular nurses	Descrever os padrões de prática de enfermagem e prioridades de atendimento de enfermeiros cardiovasculares	41 Enfermeiros	Revisão integrativa da literatura Conferência de consenso com 41 participantes que identificaram prioridades Documentos de diretrizes clínicas atuais 116 itens de avaliação	Os enfermeiros desempenham um papel importante na otimização dos resultados dos pacientes após a ICP.	Esta pesquisa identificou diversidade de padrões de prática e uma gama de necessidades educacionais. A inovação tecnológica que resulta na diminuição do tempo de permanência desafia os modelos tradicionais de assistência de enfermagem e requer avaliação dos padrões de assistência. É necessário aumentar as evidências para apoiar a prática baseada em evidências e o desenvolvimento de diretrizes para promover cuidados de alta qualidade e melhores resultados para os pacientes.
13.(Rolley et al., 2011) Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions	O objetivo deste artigo é apresentar um conjunto de diretrizes de prática clínica de enfermagem para indivíduos submetidos a intervenções coronárias percutâneas (ICP), juntamente com um resumo das evidências para apoiar essas recomendações.	Não se aplica	Revisão Integrativa da Literatura; Workshop de desenvolvimento de consenso; Técnica Delphi online modificada.	Prática de Enfermagem pré-procedimento: - orientação: fornecer informações sobre ICP e envolvimento da família; redução do tempo porta balão no paciente emergente - avaliação: exame físico, antecedentes pessoais - triagem dos fatores de risco e possíveis complicações: nefropatia induzida pelo	Nível de Recomendação A,B,C,D, N Pré procedimento: - Orientação (A) - Avaliação (D) - Triagem dos fatores de risco biológicos (A), sociais (C) e psicológicos (B) - Jejum (N); Fluidos ev (D); se risco de nefropatia, fluidos ev (B) - Gestão da medicação (A) - Início do planejamento da alta (D); recomendações sobre controle fatores de risco (D), adesão á medicação

				<p>produto de contraste; hemorragia local de acesso vascular; risco de isolamento social;</p> <p>- No dia da ICP - jejum e hidratação ev (se risco de nefropatia fazer fluidoterapia endovenosa)</p> <p>- Gestão da medicação pré procedimento</p> <p>- Início do planeamento da alta inicia-se na admissão</p> <p>Prática de Enfermagem Peri procedimento: monitorização contínua de sinais vitais e realização de registos; controlo da dor para redução do desconforto e ansiedade</p> <p>Prática de Enfermagem pós-procedimento: monitorização contínua de sinais vitais; hemóstase e monitorização do local de acesso vascular e do membro; avaliação de coagulação e da função renal; levante precoce 2-4h.</p> <p>Prática de Prevenção Secundária pós-procedimento: educação do paciente; plano de ação escrito sobre dor torácica; envolvimento da família e cuidadores; reabilitação cardíaca.</p>	<p>(A); prevenção secundária (D)</p> <p>Peri procedimento: monitorização (D); registos (C); controlo da dor (B)</p> <p>Pós procedimento: monitorização contínua de sinais vitais (B); monitorização do local de acesso (D); coagulação (N); função renal (D); levante precoce (D);</p> <p>Prevenção Secundária pós-procedimento: educação do paciente (C); plano de ação sobre dor torácica (C); envolvimento da família e cuidadores (C); reabilitação cardíaca (A).</p>
14.(Zhang & Qi, 2021) Greater Nursing Role for Enhanced	Revisão das evidências sobre a eficácia dos cuidados de enfermagem aos doentes	Não se aplica	Revisão da Literatura	O papel maior da enfermagem deve incluir a educação do paciente sobre autogestão,	Principais vantagens das consulta de enfermagem: 1. Redução de risco - educação e encorajamento dos

<p>Post-Percutaneous Coronary Intervention Management</p>	<p>submetidos a ICP em clínicas lideradas por enfermeiros</p>			<p>envolvimento em atividades de redução de risco, adesão à medicação, acompanhamento programado em clínicas cardíacas secundárias e intervenção psicológica profissional. Essas medidas podem melhorar ainda mais a qualidade de vida, a satisfação do paciente, reduzir a carga hospitalar com reinternamentos e podem levar a uma menor mortalidade.</p>	<p>pacientes sobre autogestão e realização, bem como adesão às mudanças de estilo de vida de redução de risco;</p> <p>2. Melhoria psicológica – redução da ansiedade, diminuindo a carga psicológica que pode trazer benefícios a longo prazo</p> <p>3. Qualidade de vida</p>
<p>15. (Yuan & Yuan, 2021) Effectiveness of nursing intervention on anxiety, psychology and self-efficacy among elderly patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention : An observational cohort study</p>	<p>Investigar o efeito da intervenção de enfermagem sobre a ansiedade, psicologia e autoeficácia em idosos com síndrome coronária aguda após intervenção coronária percutânea, e a correlação entre ansiedade, psicologia e autoeficácia dos pacientes e intervenção de enfermagem</p>	<p>136 participantes</p> <p>Grupo controle 68</p> <p>Grupo experimental 68</p> <p>Cada grupo: Homens 37 fumadores Casados Doença coronária de um vaso</p>	<p>Estudo observacional de coorte</p> <p>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)</p> <p>Escala Geral de Autoeficácia (GSEs)</p> <p>Análise de dados: programa SPSS 25.0 e GraphPad InStat</p>	<p>Grupo Experimental: cuidados de rotina e atendimento personalizado.</p> <p>1ª intervenção: atendimento psicológico; informação sobre dieta, medicação, esclarecimento sobre o procedimento (ICP), taxas de sucesso, e cuidados pós ICP. Avaliar a ansiedade e os medos do doente.</p> <p>2ª intervenção: avaliação da condição pós-operatória – sinais vitais, diurese.</p> <p>3ª intervenção: educação individual em saúde antes da alta – gestão da medicação, atividade física, dor no peito, gestão de outras doenças associadas.</p> <p>Grupo Controle: recebeu cuidados de</p>	<p>A intervenção de enfermagem pode melhorar significativamente a ansiedade e autoeficácia dos pacientes.</p>

				enfermagem padronizados	
16.(Ingram et al., 2020) An advanced nurse-led clinic for patients following percutaneous coronary intervention	Descrever uma clínica pós-ICP liderada por enfermeiros de cardiologia avançada e fornecer uma visão geral do perfil e dos resultados do paciente ao longo de um período de 2 anos, com ênfase nas funções avançadas de enfermagem e nos sintomas do paciente.	469 consultas Homens 62 anos Angina instável	Análise de dados de pacientes que frequentaram a consulta enfermagem	Média de 6 semanas após ICP: No momento da alta hospitalar todos os doentes recebem um panfleto com a marcação da consulta de enfermagem. Todos os pacientes recebem uma avaliação de enfermagem avançada orientada por protocolo, que incorpora um histórico de saúde, incluindo sintomas pré-ICP, revisão dos sintomas atuais e avaliação física avançada, com exame cardíaco, respiratório e vascular periférico. O perfil de fatores de risco cardiovascular de cada paciente é revisado e a educação é fornecida de acordo com as diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia. Educação e gestão da medicação. Encaminhamento para reabilitação cardíaca.	O caracter personalizado do folheto aquando da alta, onde inclui informações sobre a consulta de enfermagem e o nome dos enfermeiros contribuíram para uma boa taxa de adesão. Após a alta hospitalar, a revisão ambulatorial oportuna, incluindo reavaliação dos sintomas, avaliação física avançada, medicação e gerenciamento de risco cardiovascular, é um componente-chave do atendimento ao paciente. Um ponto forte desta clínica liderada por enfermeiros é a capacidade do profissional de enfermagem avançado de dar alta aos pacientes. A eficiência da consulta de enfermagem foi demonstrada pela alta de dois terços dos pacientes para os cuidados de saúde primários reduzindo a sobrecarga hospitalar.
17.(Ibrahim et al., 2019) Outcomes of nurse-led clinic for patients treated with percutaneous coronary intervention : A retrospective analysis	Determinar o impacto de um acompanhamento clínico liderado por enfermeiros de pacientes pós-ICP em relação à taxa de mortalidade em 30 dias, às readmissões e à satisfação do paciente.	1325 registos revistos 78% Homens Média 64 anos 74% História familiar cardiopatia isquémica Não fumadores 43% ICP por angina estável e instável 182 Diabéticos 88% Colesterol total alto 96% Estatinas	Estudo observacional retrospectivo Análise de dados IBM SPSS versão 20	Foi oferecido aconselhamento sobre estilo de vida ou intervenção não farmacológica que incluiu informações sobre dieta, exercícios e cessação tabágica.	Mortalidade: 5 pacientes morreram por causas não cardíacas Readmissão: 24 por motivos cardíacos; 15 submetidos a nova ICP Satisfação do doente: 98% dos pacientes classificaram a sua satisfação no nível 10 (escala de 0-10). Os pacientes acrescentaram ainda que a equipe de enfermagem não era

		99% terapêutica antiplaquetária prescrita			apenas acessível e bem treinada, mas também tinha conhecimento suficiente para responder a quaisquer dúvidas que tivessem.
18.(Mols et al., 2019) Nurse-led Motivational Telephone Follow-up After Same-day Percutaneous Coronary Intervention Reduces Readmission and Contacts to General Practice	Investigar se o acompanhamento telefónico liderado por enfermeiros influenciou a autogestão dos pacientes pós ICP (impacto a 30 dias)	297 participantes Grupo controle: 149 Grupo Intervenção: 148	Estudo prospetivo, randomizado e controlado	Contacto telefónico entre 2 a 5 dias após ICP. 1. Informação sobre tratamento farmacológico – esclarecimento sobre a importância da adesão à terapêutica (4 minutos) 2. Comportamento de autogestão – sintomas, complicações do local de acesso vascular, informação e aconselhamento para gerir reações psicológicas e stress (4 minutos) 3. Prevenção Cardiovascular: aconselhamento sobre dieta saudável, atividade física, cessação tabágica e reabilitação (7 minutos)	Nos primeiros 30 dias após ICP - Redução para metade da taxa de reinternamento; - Melhoria significativa na gestão de sintomas de angina e início de atividade física saudável; - Não houve diferenças significativas no efeito sobre a adesão à medicação, a adoção de dieta saudável e a cessação tabágica entre o grupo de controle e o grupo de intervenção.
19.(Wong et al., 2016) The effect of a nurse-led telephone-based care coordination program on the follow-up and control of cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease	Analisar o impacto de um protocolo de coordenação assistencial em pacientes com doença arterial coronária submetidos a intervenção coronária percutânea (ICP) na transição para os cuidados de saúde primários e seu efeito no controle dos fatores de risco cardiovascular.	492 pacientes submetidos à ICP eletivamente ou após síndrome coronária aguda. SCORE – 395 pacientes 177 eletivos 218 pós SCA Idade 58,5 Homens 310 Mulheres 85 HTA 335 Diabetes 133 Dislipidemia 380 Fumadores 96 NON-SCORE 97 pacientes Idade 61 Homens 83	Estudo observacional prospetivo	O programa SCORE (Standardized Care for Optimal Outcomes, Right-Siting and Rapid Re assessment) foi um protocolo de coordenação de cuidados liderado por enfermeiros por telefone durante 1 ano No internamento: Os coordenadores de cuidados educam o paciente e os membros da família sobre a condição da doença, modificações no	Dois resultados: Paciente considerado não apto para seguimento em Cuidados Saúde Primários – continua o follow-up na consulta de enfermagem de cardiologia Paciente considerado apto para seguimento em Cuidados Saúde Primários Demonstrou que um atendimento por telefone liderado por enfermeiros e um programa de coordenação foi associado a uma maior taxa de alta para cuidados de

		Mulheres 14 HTA 75 Diabetes 42 Dislipidemia 88 Fumadores 15		estilo de vida, adesão à medicação e duração da antiplaquetária dupla. 1ª Consulta presencial: Monitore os sintomas, reforce as modificações no estilo de vida e a adesão à medicação. Telefonema (2-6 meses): Os coordenadores de cuidados chamam o paciente para monitorar os sintomas, reforçar as modificações no estilo de vida e a adesão à medicação. 2ª Consulta presencial (após 6 meses): Monitorização dos sintomas, reforçar as modificações no estilo de vida e a adesão à medicação; controlar os lipídios e outros fatores de risco cardiovascular; verificar a adequação para encaminhamento aos cuidados saúde primários. 3ª Consulta (12 meses): para pacientes em protocolo pós-SCA	saúde primários e melhor alcance da meta de LDL para pacientes pós-ICP. Não houve diferença nas taxas de internamento por causas cardiovasculares entre pacientes com SCORE (17,5%) e não-SCORE (18,6%)
20.(Hu et al., 2014) Intensive Nursing Care by na Electronic Followup System to Promote Secondary Prevention After Percutaneous Coronary Intervention	Investigar a eficácia de um sistema eletrônico de acompanhamento de enfermagem intensiva para o gerenciamento do risco cardiovascular após intervenção coronária percutânea (ICP).	840 participantes 420 Grupo Cuidados Intensivos 420 Grupo Controle Grupos muito semelhantes em termos de idade (67,5); sexo (masculino); tipo de doença coronária; níveis de lipídios no sangue; HTA;	Estudo prospectivo randomizado	O grupo controle recebeu acompanhamento regular O grupo de cuidados intensivos foi acompanhado de perto e acompanhado por uma equipe de enfermagem específica com sistema de acompanhamento eletrônico durante 1 ano	A assistência de enfermagem intensiva pelo sistema de acompanhamento eletrônico pode levar a uma melhora na qualidade da prevenção secundária após ICP, incluindo controle de fatores de risco, uso de medicamentos e habilidades de autogestão

		fumadores e doenças associadas			
21.(Qin et al., 2021) Patients Perspectives With Acute Coronary Syndrome After Percutaneous Coronary Intervention	O objetivo deste estudo é investigar a perspectiva dos pacientes em relação às necessidades de informação, o estado atual do conhecimento dos pacientes sobre doença coronária e a autoeficácia dos pacientes com um primeiro episódio de SCA antes de sua alta	36 participantes 75% Homens Idade 45-64 39% Excesso peso 69,4% vive acompanhado 61% Empregados 61% Ensino médio 75% EAM c supra ST 52% Doença 1 vaso Tempo médio internamento 5,5 dias	Estudo descritivo	Aplicação do questionário sobre necessidades de aprendizagem – CPLNI (Cardiac Patients Learning Needs Inventory) e Cardiac Self-Efficacy (CSE) Scale, antes da alta.	Os pacientes priorizaram os domínios fatores de risco, manuseamento de sintomas e anatomia e fisiologia como suas principais necessidades de aprendizagem.
22.(Thronson et al., 2009a) Angina following percutaneous coronary intervention : in-stent restenosis	Neste artigo, os autores revisam os riscos para o desenvolvimento de reestenose intra stent (RIS), a fisiopatologia da angina relacionada à RIS e os desafios enfrentados pelos pacientes que desenvolvem angina recorrente pós-ICP	Não se aplica	Revisão da Literatura	Os enfermeiros cardiovasculares desempenham um papel integral no cuidado holístico do paciente pós-ICP. A prestação de cuidados de acompanhamento pós-ICP é fundamental para identificar, gerir e educar os pacientes com angina recorrente.	Os enfermeiros cardiovasculares são os profissionais de saúde ideais para avaliar e fazer a triagem de pacientes com angina após ICP. Melhorar o manejo da angina e a vigilância pós-ICP tem implicações significativas para minimizar os efeitos negativos da angina na QVRS e no bem-estar emocional. O acompanhamento do paciente, incluindo avaliações funcionais e psicológicas, pode levar à detecção e intervenção precoces. Claramente, o atendimento ao paciente não pode terminar com o procedimento de ICP. Os riscos de complicações exigem que os enfermeiros cardiovasculares forneçam cuidados de acompanhamento que são continuados durante o processo de recuperação e incluem o fornecimento de estratégias de prevenção secundária. O manejo da angina é uma estratégia, não um procedimento, e requer um manejo cuidadoso do

					paciente e cuidados de acompanhamento.
23.(Thronson et al., 2009b). Improving Outcomes Following Elective Percutaneous Coronary Intervention : The Key Role of Exercise and the Advanced Practice Nurse	O objetivo deste artigo é fornecer uma visão geral da singularidade dos pacientes com ICP eletiva e as questões específicas relacionadas à prevenção secundária para essa população. Além disso, o objetivo é destacar a importância da promoção de programas individualizados de exercícios para esses pacientes.	Não se aplica	Revisão da Literatura	O papel do enfermeiro de prática avançada abrange os domínios da prática, educação e pesquisa. São capazes de integrar a sua avaliação avançada e habilidades psicossociais, juntamente com seu conhecimento abrangente de fisiologia e patologia cardiovascular, para fornecer cuidados holísticos ideais à população de pacientes cardíacos. As estratégias de prevenção secundária são um componente integral do cuidado holístico ideal.	Enfermeiros cardiovasculares de prática avançada estão em posições-chave para desenvolver, implementar e avaliar programas de exercícios centrados no paciente. Melhorar a adesão ao exercício é fundamental para alcançar melhorias a longo prazo nos resultados clínicos de pacientes com ICP eletiva.
24.(Kilonzo & O'Connell, 2011) Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses	Avaliar as necessidades de aprendizagem dos pacientes pós-intervenção coronária percutânea na perspectiva dos pacientes e enfermeiros cardíacos.	33 pacientes Homens Menos de 60 anos 82% só tinham doença cardíaca 16% educação cardíaca 15 enfermeiros 80% especialistas	Desenho de pesquisa descritivo não experimental Escala NIS-PTCA (Nursing Information and Support - PTCA)	Os enfermeiros, deram um maior valor à prevenção secundária, em particular o tabagismo, fatores de risco e hábitos alimentares.	Os pacientes parecem estar mais preocupados com seu estado imediato e doença do que com seu estado psicossocial ou emocional, não valorizando a prevenção secundária. As classificações médias dentro das escalas demonstram o valor que os pacientes atribuem à relação enfermeiro-paciente e o tempo necessário para isso.