

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**“Intervenção especializada de enfermagem à
pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio
submetida a Angioplastia Coronária e família”**

João Paulo Semeano Branco

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**“Intervenção especializada de enfermagem à
pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio
submetida a Angioplastia Coronária e família”**

João Paulo Semeano Branco

Professora Teresa Leal

2013



“Põe tudo o que és na mais pequena coisa que faças.”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Ao redigir este relatório e fazendo o balanço destes quase dois anos de vivência acadêmica, profissional e familiar foi notório não só o esforço por mim levado a cabo, como também o esforço de todos os restantes intervenientes neste processo de aprendizagem. No âmbito profissional, manifesto o meu agradecimento a todos aqueles que comigo colaboram e também aqueles para quem sou colaborador. São inúmeros os profissionais de saúde e assistentes operacionais a quem este agradecimento é extensivo, nos vários locais em que tenho o privilégio de desenvolver o meu trabalho e partilhar com eles todo o saber adquirido. Todos eles e a pluralidade da pessoa a cuidar concentram a importância de todo este momento de desenvolvimento de competências

Em segundo lugar um agradecimento à equipa docente do Mestrado pela capacidade em criar o espaço necessário para que todo o conhecimento e saber dos discentes pudesse ser evidenciado e partilhado, e, sobretudo, pelo sentido prático colocado nas temáticas, demonstrando toda a aplicabilidade e operacionalização duma enfermagem sustentada nas várias vertentes do saber. Personalizo na Professora Teresa Leal um agradecimento especial por acreditar, incentivar e orientar ideias e comportamentos soltos, tornando-os um todo com sentido, nesta parceria de conhecimento científico/prático – Obrigado.

Por último (*e como os últimos são sempre os primeiros*) a minha família. O surgir deste Mestrado nas 24 horas de um dia sempre preenchido, tornou possível a demonstração do EU pai, filho e marido. Foi! ... É de enaltecer todo o empenho, carinho e vontade de estar colocado por todos nos momentos passados em conjunto. Coube-me a mim retirar desses momentos a energia necessária para os dias seguintes; coube a quem comigo a minha vida partilha, encantar e encantar-se nesses momentos, fazendo jus ao ditado que *os momentos são para se viver*.

Grato por tudo relembro, uma ideia que faz parte da minha formação como pessoa: *A gratidão é um fruto de grande cultura; não se encontra entre gente vulgar* (Samuel Johnson). OBRIGADO.

RESUMO

As doenças cardiovasculares representam um dos grandes desafios neste início de século. Apesar do desenvolvimento científico, tecnológico e organizacional das instituições de saúde para uma resposta atempada e efetiva na prevenção e no combate à sua instalação, o seu impacto na sociedade continua a fazer sentir-se. Em Portugal, com uma população na qual os fatores modificáveis (HTA, dislipidémia, tabagismo, diabetes, sedentarismo) ainda representam um peso mais significativo que os não modificáveis (idade e história familiar), torna-se premente investir na prevenção da doença, de modo a inverter a tendência de aumento da morbilidade e mortalidade daí resultante.

Este relatório tem como principal objetivo descrever e refletir sobre as atividades e experiências realizadas no decorrer dos diferentes estágios num serviço de urgência, unidade de hemodinâmica e unidade de cuidados intensivos cardiológica. Estas vivências centram-se na prestação de cuidados de saúde à pessoa e família a vivenciar manifestações decorrentes da situação clínica de Enfarte Agudo do Miocárdio, em todo o seu percurso pelas unidades de cuidados, que vão desde o serviço de urgência até às unidades de cuidados intensivos, contemplando a preparação para a alta como período de educação para a saúde. Outro objetivo foi compilar fundamentação para as alterações na base de dados de registos de enfermagem.

Como processo de desenvolvimento de competências orientado por objetivos, relata o enquadramento da prática nos pressupostos do quadro de competências subjacente a este Mestrado. A sua metodologia comporta uma análise crítico-reflexiva da prática, recorrendo aos pressupostos de Collière para a sua fundamentação. O resultado final reflete a contribuição deste processo académico no campo profissional e a sua mais-valia numa prática de cuidados centrada na pessoa e família, planeada numa relação de parceria, perspetivando o seu rápido e efetivo restabelecimento funcional no seio sociofamiliar. Enfatiza o processo de aprendizagem e sugere formas de o tornar mais proveitoso.

Conceitos chave: Enfermagem à Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio, Família, Registos de Enfermagem, Continuidade de cuidados e Preparação para a Alta.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases represent one of the major challenges in this beginning of the century. Despite the organizational and Scientific Development from health institutions for a timely and effective response in preventing and combating its installation, its impact on society continues to be felt. In Portugal, with a population in which modifiable factors (hypertension, dyslipidemia, smoking, diabetes, physical inactivity) still represent a higher weight variants regarding non-modifiable (age and family history), it becomes urgent to invest in the prevention of disease, in order to reverse the trend of increased morbidity and mortality resulting from there.

This report had on its genesis a Project of skills development, in order to guide the path to take, whose main objective aims to describe and reflect on the activities and experiences during the different stages. These experiences focus on the provision of health care to the individual and family to experience clinical manifestations arising from the situation of Acute Myocardial Infarction in their entire journey through care units, ranging from the emergency department to the intensive care units, including in the preparation for discharge planning he healthcare education. Underlying the rationale for the changes in database nursing records.

As process-oriented skills development goals, reports the framework of the assumptions of practical competency framework underlying this Master degree. It's methodology includes a critical analysis and reflective practice, referring to the assumptions of Collière for it's grounding. The end result reflects the contribution of the academic process in the professional field and its added value in practice of person-centered care and family planned a partnership, envisaging the fast and effective functional recovery within familial interaction. Emphasizes the process of learning and suggests ways to make it more profitable.

Key-Words: Nursing the Person with Acute Myocardial Infarction, Family, Nursing Records, Continuity of Care and Discharge Planning

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
3. OBJETIVOS DO ESTÁGIO.....	23
4. ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS: competências desenvolvidas	26
4.1. Serviço de Urgência	26
4.2. Serviço de Hemodinâmica.....	39
4.3. Serviço de Cuidados Intensivos	41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
6. BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	
ANEXO I. Planeamento Estágio 3º Semestre: Objetivos específicos para cada contexto	67
ANEXO II. Relatórios de Idas a Campo.....	75
ANEXO III. Planeamento da Entrevista das Idas a Campo	85

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACC – American College of Cardiology

AHA – American Heart Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BCRE – Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo

BIA – Balão Intra-aórtico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CK – Creatinoquinase

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMCSST – Enfarte Agudo Miocárdio com Supra ST

ECG – Eletrocardiograma

ERC – European Resuscitation Council

ESC – European Society of Cardiology

FE – Fração de Ejeção

HTA – Hipertensão Arterial

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

ICN – International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IRA – Insuficiência Renal Aguda

LDH – Desidrogenase Láctica

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardio-respiratória

PVC – Pressão Venosa Central

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SGOT – Transaminase glutâmico-oxalacética

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SU – Serviço de Urgência

SvcO2 – Saturação venosa central de oxigénio

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAM – Tensão Arterial Média

TAS – Tensão Arterial Sistólica

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

WHF – World Health Federation

1. INTRODUÇÃO

A formação apresenta-se para o enfermeiro como um instrumento bipartido no seu percurso profissional; por um lado a validação académica do conhecimento adquirido teoricamente e utilizado na prática diária; por outro lado, o conhecimento que advém da prática – experiencial – enquadrado numa perspetiva académica, onde a constante prática reflexiva procura a evidência científica para o desempenho da profissão de enfermagem. É esta mesma profissão, que vem evoluindo desde o aparecimento da Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale (1860) até à prática e ao exercício profissional assente em formação específica, numa profissão estruturada e regulada em princípios ético-deontológicos que em Portugal culminou com o Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, o qual veio estabelecer a criação da Ordem dos Enfermeiros como associação profissional de direito público que promove a regulamentação e disciplina da prática de Enfermagem (Nunes, 2003).

Desta forma, é notória a relação entre a formação e o exercício da profissão, indiciando que a evolução da enfermagem tem ocorrido em vários contextos, a par de mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. Do tecnicismo centrado na doença passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados: cuidados centrados na pessoa. Se, por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro, o aumento da esperança de vida, com o consequente envelhecimento da população e o prolongamento das doenças crónicas, tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afetiva e relacional (Silva, 2002).

Foi a partir do intercâmbio entre estes dois pressupostos da formação académica e profissional do eu enfermeiro, que surgiu este relatório, no âmbito da conclusão do 2º Mestrado em Enfermagem, área de especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Trata-se de um processo reflexivo, sob a forma de documento escrito, que surge como resultado final e avaliativo de um projeto previamente estruturado, tendo na sua génese uma necessidade experiencial verificada na prática profissional: garantir o registo dos cuidados de saúde prestados à pessoa em situação crítica com enfarte agudo do miocárdio (EAM), assegurando a sua continuidade e dando evidência ao trabalho de

enfermagem. É o resultado final das vivências em estágio neste momento de ensino clínico, como resultado da reflexão sobre as práticas de enfermagem onde o conhecimento experiencial surge como um dos critérios a considerar, orientando toda a descrição para os resultados conseguidos no percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

a diversidade e qualidade da fonte dos saberes em enfermagem, decorre essencialmente do fato dos cuidados serem prestados a cada pessoa de modo personalizado e num contexto relacional sendo, por isso, necessário recriar o saber perante cada pessoa e em função dela própria. Daqui resulta uma riqueza de saberes dos profissionais que estão na prestação de cuidados, e que pela interação na diversidade das situações, permite concetualizar saberes (abstratos) a partir de saberes construídos no decurso da vida pessoal e profissional, que vão condicionando o desempenho dos profissionais em contexto - saberes contextuais (Amendoeira, 2004, p. 20).

Um outro critério que prevaleceu foi a prática baseada na evidência, sustentando o princípio que

as evidências devem ser buscadas para sustentar as decisões clínicas de diagnóstico, intervenções e resultados. O ato diagnóstico em enfermagem tem como foco as respostas humanas às enfermidades e seu tratamento e aos processos de vida. A validade das associações entre as manifestações apresentadas pelos doentes (dados objetivos e subjetivos) e o diagnóstico atribuído é ponto fundamental. A prática baseada em evidência contribui para a acurácia diagnóstica, pois prevê que se busquem resultados de pesquisas que indiquem essa validade (Cruz & Pimenta, 2005, pp. 416-417).

Como resposta a estes princípios da prática clínica, tem-se verificado a necessidade em estabelecer modelos conceituais de enfermagem centrados na área clínica, que requerem um processo sistemático de seleção e adoção. Em vez de se imporem modelos, deve-se permitir aos enfermeiros fazer a sua própria escolha, dependendo das circunstâncias práticas individuais e das características das unidades de saúde, pois isso permite-lhes optar por uma solução do modelo que melhor se ajusta à sua realidade, o que contradiz totalmente a literatura, que sustenta a ideia de que todos os cuidados devem ser orientados por um modelo conceitual. O modelo pode existir no papel, mas não reflete a realidade da prática (Timmins, 2005). Esta forma de olhar a Enfermagem como uma disciplina profissional, dispondo dos seus próprios processos de reflexão, conceptualização e investigação, com o intuito da aquisição de conhecimentos, que definam e guiem a sua prática orientada para a pessoa, evoluiu para correntes de pensamento que assentam nos conceitos de Pessoa, Saúde, Cuidado e Ambiente (Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2005), transformando a disciplina de enfermagem e reorientando a prestação de cuidados.

Desde início que o meu percurso profissional se desenvolveu na área de intervenção ao doente crítico, em particular à pessoa e família com manifestações de doença cardíaca. Este percurso progrediu em patamares de maturação profissional com a aquisição de competências emergentes da formação experiencial que reverteu em conhecimento adquirido, o qual tem servido de suporte na abordagem à pessoa em situação crítica, priorizando a continuidade dos cuidados como um dos critérios relevantes na qualidade dos mesmos. Retrata um processo de aprendizagem contínuo, não só informal pela formação em contexto profissional, como também formalizado academicamente em momentos que o exigiam, procurando através da prática reflexiva um enquadramento teórico que desse sentido à prática: *“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”* (Benner, 2001, p. 61).

Para este projeto, privilegiei a intervenção à pessoa e família com EAM, no âmbito da cardiologia de intervenção, possibilitando que o processo de desenvolvimento de competências e a sua operacionalização constituíssem uma mais-valia ao trabalho de enfermagem desempenhado pela equipa, na continuidade do processo de prestação de cuidados à pessoa e família com manifestações de doença coronária. Utilizo a designação pessoa em associação com o termo cliente, por se tratar do sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (CIPE® - Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A doença coronária representa a maior causa de morte e de incapacidade nos países desenvolvidos. Estudos recentes nos Estados Unidos referem que apesar da taxa de mortalidade por doença coronária ter diminuído nas últimas quatro décadas, continua a ser responsável por um terço das mortes em indivíduos acima dos 35 anos. Por outro lado, metade da população masculina e cerca de um terço da população feminina de meia-idade desenvolvem manifestações de doença coronária (Wilson & Douglas, 2012).

Em Portugal, as doenças cardiovasculares permanecem no topo da lista de causas de morte e, embora o seu peso relativo tenha sofrido um decréscimo gradual de 44,2% em 1990, para 32,2% no ano de 2006, a taxa de mortalidade por doença cardiovascular permanece inaceitavelmente elevada (Sociedade Portuguesa de Cardiologia [SPC], 2009). De entre as mortes cardiovasculares, 23% são devidas a doença isquémica, com destaque evidente para a Síndrome Coronária Aguda

(SCA), que compreende um grupo de critérios clínicos que resultam da doença aterotrombótica coronária em fase instável (SPC, 2009). Trata-se de uma doença com elevado grau de condicionalismo funcional no doente e, conseqüentemente, na família, que não sendo devidamente tratada, tem um impacto negativo na qualidade de vida do mesmo, com períodos de internamento e convalescença mais prolongados e com custos elevados para o próprio e para o sistema de saúde. Pelas suas características de morbilidade e mortalidade, o EAM acarreta consequências importantes ao nível psicossocial que devem ser tidas em consideração na promoção da qualidade de vida destas pessoas. O carácter inesperado do seu diagnóstico confronta a pessoa com uma “situação de crise”. Esta situação de crise é vista como um obstáculo que durante um período determinado de tempo impede a pessoa de atingir objetivos importantes. Os determinantes destas dificuldades são complexos e envolvem um conjunto de fatores que incluem as representações que as pessoas fazem da doença, o tipo de personalidade, a experiência passada de EAM, a capacidade funcional, os efeitos secundários do tratamento e a resposta emocional à doença.

Socorrendo-me da metodologia de trabalho de projeto, observada como “... *um meio de materializar o pensamento, o que permite ao autor saber o que quer...*” (Boutinet, 1986, p.6), procurei centrar em mim como enfermeiro e nas experiências profissionais, toda a reflexão e todo o planeamento da trajetória desta fase de formação académica, utilizando um espaço de intervenção bem conhecido que possibilitou uma efetiva realização dos objetivos propostos. “*O projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma “ideia”, é o futuro a “fazer”, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato*” (Barbier, 1993, p. 52). No decorrer do estágio, procedi às alterações necessárias para ajustar interesses e perspetivas ao enquadramento do ensino clínico.

Este relatório está estruturado em dois grandes módulos. O primeiro relativo ao enquadramento do trabalho, onde a fundamentação teórica e conceptual no qual se alicerça, suportam e validam a análise descritiva. Num segundo módulo efetua-se uma síntese analítica das aprendizagens adquiridas durante o percurso de desenvolvimento de competências específicas para a área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, distribuída pelos três locais de estágio. Procura-se retratar a pessoa do profissional que em ambiente clínico desenvolveu

competências aos mais variados níveis de intervenção como enfermeiro, dirigidos à pessoa e família em situação crítica, em contexto de serviço de urgência e de cuidados intensivos. Optei por redigi-lo na primeira pessoa do singular porque este processo é tão pessoal e direcionado para objetivos tão individuais, que se sobrepõem ao enquadramento do mestrado aqui frequentado, cujo resultado final não se fica pelas palavras em relatório, mas sim pelo produto diário resultante do exercício da profissão como enfermeiro. Finalizo com uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido em contexto clínico, onde procuro enfatizar as ideias mais significativas, os aspetos facilitadores e dificuldades sentidas, avaliando os objetivos. É apresentada a bibliografia e inclui-se, no final deste relatório, os anexos que permitem complementar as descrições efetuadas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A temática a desenvolver surge neste mestrado como uma extensão do âmbito da atividade profissional. A procura de fundamentação para todo o processo de cuidados na área de intervenção de enfermagem à pessoa com EAM orienta-se não só na perspetiva do conhecimento clínico da patologia, como também do conhecimento de enfermagem utilizado na sua aplicação.

A evolução da profissão e da carreira de enfermagem esteve sempre muito interligada à capacidade com que a formação profissional e académica se adaptou a novas realidades, para formar enfermeiros competentes no desempenho das suas funções, com respostas eficazes, eficientes e mais recentemente efetivas, às necessidades de saúde das pessoas cuidadas. A própria evolução do conceito de *pessoa que requer cuidados* (de utente para cliente) e do seu papel dentro das unidades de saúde tem implicações no desempenho da profissão.

A frequência deste mestrado em enfermagem numa área de especialização cujo desempenho se estende desde o pré-hospitalar até à diferenciação das unidades de cuidados intensivos, e no qual este projeto se insere, gera a necessidade em compreender a imagem do enfermeiro no espelho das organizações que regulam a sua formação e a sua prática. A estrutura desta fundamentação segue a linha de intervenção do enfermeiro no processo de cuidados à pessoa e família, convergindo para as fases do processo de enfermagem como forma de sustentar os seus conteúdos, neste caso particular sob o olhar académico, tendo como fundo a prática de cuidados à pessoa e família a vivenciar manifestações relacionadas com EAM.

O foco de atenção do enfermeiro no exercício da sua profissão é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida da pessoa, assente na inter-relação pessoal (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003), caracterizada pela parceria estabelecida entre o cuidador e a pessoa cuidada. Este tipo de relação, segundo a OE (2001, p.8) “...*fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem como objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde*”, a qual é entendida como um bem adquirido através do equilíbrio que se estabelece entre a Pessoa e o ambiente, através do controle do sofrimento, do bem-estar físico e no conforto, emocional, espiritual e cultural (OE, 2001).

Toda a situação de prestação de cuidados envolve aspetos relacionais conseguidos entre pessoas e para pessoas, estendendo-se à família ou grupo de pertença, na qual *“todo o trabalho é um encontro com o desconhecido”* (Collière, 1989, p.244). *“No entanto, o conhecimento que se tem do trabalho não pode ser total. Fica sempre uma parte de imprevisível cuja margem é possível apreciar, cuja franja se pode medir”* (Collière, 1999, p.243). Esta franja é para mim o espaço que cada um de nós enfermeiros utiliza para interpretar e conceber a arte do exercício da profissão, cujo resultado final personaliza os cuidados e confere uma imagem à profissão ligada à personalidade de cada um de nós, cujo olhar científico e social não fica isento.

Revejo-me no pressuposto de Collière (1989, p. 232) de que

a experiência mostra que qualquer definição limita, encerra num quadro formal, reveste um carácter estático que se choca com o movimento e a dinâmica da vida. Em lugar de servir de indicação, uma definição faz, quase sempre, objeto de uma aplicação normativa. Muitas vezes ela é de tal forma rígida e formal que rapidamente se torna dogmática, veiculando uma ideologia-refúgio por detrás da qual as pessoas se abrigam, ou que se tenta atacar.

Esta perspetiva de não limitar o enquadramento de uma profissão a definições de metaparadigmas, deixando espaço para uma visão pessoal balizada em determinados critérios definidos pela autora, permite salientar o desempenho personalizado de cada enfermeiro, denominado de modelo oculto ou modelo subjetivo de enfermagem. *“Tendo em conta que o mesmo é elaborado por cada indivíduo segundo as suas conceções, e que a atuação do enfermeiro é orientada por este modelo, concluímos que existirão tantos modelos de enfermagem e tantas formas de atuar quantos enfermeiros distintos”* (Portugal 1999, cit Silva & Graveto, 2008, p. 68). *“A importância da prática na construção de saberes é algo que não deve ser descurado. A enfermagem, tal como outras profissões da área da saúde, engloba um conjunto diversificado de saberes situado na sua prática profissional, podendo e devendo ser utilizados para construir, melhorar ou desenvolver as concepções/teorias já existentes”* (Silva & Graveto, 2008, p. 70). O Conselho Internacional de Enfermagem (2003), reforça a premissa que o perfil de competências dos enfermeiros deve servir como orientação às funções dos enfermeiros, idealizando a sua aplicação conjuntamente com um modelo conceptual de diversas maneiras.

A disciplina de enfermagem, e a consequente prática, deve-se ancorar em modelos teóricos de enfermagem, pois estes

contribuem para a emancipação da profissão, ao levarem a um maior investimento na mesma, já que delimitam o campo específico da Enfermagem e anulam a ambiguidade que tantas vezes poderá surgir (...). Não é importante qual o modelo adotado, mas sim que todos os que o utilizam estejam de acordo com o mesmo, incluindo-se aqui o próprio utente” (Portugal, 1999 cit. Silva & Graveto, 2008, p.68). “A grande teoria consiste num quadro concetual global que define amplas perspetivas para a prática e inclui diversas formas de ver os fenómenos de enfermagem com base nestas perspetivas (Tomey & Alligood, 1998, p.273).

Aprender, descobrir, descodificar e analisar são para Collière (1999), características profissionais que permitem utilizar as informações recolhidas no processo de descoberta, na definição da natureza dos problemas, pondo em ação o planeamento e a implementação dos cuidados. A **pessoa** é tida como um ser com estatuto: esposo, pai, mãe de família, com idade, nacionalidade e profissão, que possui uma cultura (origem rural ou urbana). Tem uma trajetória de vida em família, sendo esta utilizadora de cuidados como fonte de conhecimento. É um ser não isolado, que possui forças de vida, forças de morte e funcionalidade. Tem um sentido, um desejo para a vida. É o objeto da intervenção do enfermeiro, que segundo a OE (2001, p. 6) é “*um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e desejos individuais, o que torna a pessoa um ser único com dignidade própria e direito a auto determinar-se*”.

O cliente é considerado sujeito na prestação de cuidados. Como pessoa, tem um sentido existencial, traduzido pelo espaço e tempo que o seu corpo ocupa na dimensão universo. Sendo um sujeito livre e consciente organiza o seu espaço a partir de si e do mundo que o rodeia, sendo através do seu corpo que a pessoa aprende e está no mundo. O corpo é o princípio de identidade de cada pessoa no seio do universo, sendo através do corpo que a pessoa medeia o encontro com o enfermeiro (Collière, 1999).

Perante o olhar dos cuidados centrados no cliente que assenta em conceitos (pessoa, corpo, doença, ambiente, cuidados de enfermagem) transversais a várias teorias de enfermagem, os enfermeiros são líderes, educadores, conselheiros e coordenadores (Wehbe & Galvão, 2001), tendo o *cuidado integral* como parte do contexto da sua atuação, como orientar, confortar, diminuir a ansiedade e outras atitudes que atenuam o agravamento das complicações que advêm da doença. É algo que se estende para além da monitorização e controle dos sinais vitais e da assistência farmacológica; é uma assistência como um todo, promovendo uma

relação bidirecional em que os dois são parceiros no processo de cuidados (Collière, 1999).

Estamos assim perante uma situação em que a saúde da pessoa, vista como *"o conjunto das forças vivas físicas, afetivas, psíquicas, sociais que podem ser ativadas para compensar a doença, ultrapassá-la ou fazer-lhe frente"* (Collière, 1989, p.p. 288-289), está comprometida. Na abordagem à pessoa e família com EAM, o campo de competência da enfermagem situa-se na junção de tudo o que mobiliza as capacidades da vida em relação com as incidências da doença. *"Quando cuidar se distingue de tratar, há uma interrogação sobre todas as capacidades e forças vitais físicas, afetivas, psíquicas, da pessoa tratada, bem como sobre as possibilidades e recursos dos que a cercam, que podem ser mobilizados consoante a natureza da doença"* (Collière, 1989, p.p. 289-290).

Esta perspetiva funcional é para Collière (1989, p. 300) *"a capacidade que uma pessoa, uma família, um grupo, tem, ou não tem, de funcionar isto é, de agir, por si próprio, para assegurar uma resposta a uma necessidade que diz respeito à sua vida"*. É na vertente da funcionalidade, conferindo um sentido aos cuidados de saúde que a prática de enfermagem incide, visando obter cuidados de saúde essenciais, acessíveis a todos e com a sua participação, sendo os cuidados de enfermagem entendidos *"como uma construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos da situação"* (Collière, 1989, p. 293).

O processo de cuidados de enfermagem não tem razão de ser se não se enraizar no que as pessoas vivem, tendo em conta a sua doença. Só assim ele é entendido como um processo de descoberta – elucidação – ação entre parceiros sociais com uma competência diferente e complementar, visando encontrar a sua forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um, num dado meio (Collière, 1989, p. 293).

Este meio predominantemente tecnológico, disponível nos serviços de saúde e utilizado na prestação de cuidados, deve ser gerido pelo enfermeiro de forma a minimizar o impacto na pessoa com EAM. Desde a sala de Hemodinâmica até à unidade de cuidados intensivos é algo que está presente. O cuidar deve ser uma atitude abrangente e relacional e não a simples utilização de meios na implementação das intervenções; deve ter por base a relação humana, considerando a pessoa o enfoque dos cuidados, e não somente a valorização tecnológica necessária na situação, em que a pessoa é vista como um humanoide (Locsin & Purnell, 2007).

De acordo com a OE (2001), a saúde é interpretada como um bem adquirido através do equilíbrio que se estabelece entre a pessoa e o ambiente, através do controle do sofrimento, do bem-estar físico e no conforto, emocional, espiritual e cultural. Se a pessoa assume a imagem descrita anteriormente, o **ambiente** é constituído por vários elementos que condicionam e influenciam os estilos de vida, ou seja *“os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela se envolve, e repercutem-se no conceito de saúde, no qual os enfermeiros devem focalizar as suas intervenções tendo em conta esta interdependência (pessoa/ambiente) nos cuidados de enfermagem prestados* (OE, 2001, p. 6). Collière (1989) interpreta o ambiente como um sistema ecológico que possui na sua existência crenças e hábitos de vida (etnia, profissão e instituições) e também valores e valores fundamentais. Estende-se ao espaço da profissão/ofício, existindo no seu seio uma linguagem própria. É o meio sociocultural, socioeconómico, socioinstitucional das pessoas e dos grupos. *“Os hábitos de vida e as crenças constituem o elemento de permanência, de estabilidade do grupo”* (Collière, 1989, p. 274). *“ Mas para descobrir, escutar e compreender o que nos dizem as pessoas que procuram cuidados, é necessário reaprender a ver e a reaprender a linguagem: a linguagem utilizada pelas pessoas no seu quotidiano”* (Collière, 1989, p. 246). *“São as pessoas a tratar e as suas famílias, que detêm as referências indicadoras do sentido, da orientação e dos limites das informações a partilhar com quem cuida”*; esses cuidadores devem fazer *“apelo a outras fontes de conhecimento diferenciadas, com vista a desenvolver a capacidade de detetar o sentido da informação emitida pelos utilizadores e ser capaz de a utilizar”* (Collière, 1989, p. 248).

O **processo de cuidados** inicia-se, assim, por um levantamento das necessidades vitais e pela procura de uma forma de lhes responder. Há que fazer *“apelo a conhecimentos diversos de natureza diferentes para perceber os sinais do processo saúde-doença e compreender a sua significação”* (Collière, 1989, p. 245). *“A primeira fonte de conhecimento é a pessoa, ou o grupo que se exprime sobre um problema”* (Collière, 1989, p. 246), sendo a pessoa com EAM portadora de informação a ser considerada numa primeira abordagem. Collière estabelece diferenças entre o processo de cuidados e o processo de descoberta. O processo de descoberta passa por conhecer o cliente a partir da sua cultura, papéis sociais e estatutos com base numa apreciação ou abordagem inicial, que contempla também aspetos da pessoa, ambiente e doença. Torna-se necessário conhecer a pessoa a cuidar, sendo este o maior desafio dos cuidados de enfermagem. O planeamento e

implementação de intervenções de enfermagem devem preservar a identidade do cliente. Para isso, a colheita de dados deve ter uma dimensão formal, ser intencional com vista a uma decisão que passa por *dar-se a conhecer*.

O planeamento dos cuidados deve atender à informação transmitida pelas pessoas a tratar e as suas famílias, pois são elas *“que detêm as referências indicadoras do sentido da orientação e dos limites das informações a partilhar com quem cuida”* (Collière, 1989, p. 248). Dessa informação resultam dois tipos de **cuidados de enfermagem** de natureza diferente: *“os cuidados quotidianos e habituais (care) ligados às funções de manutenção e de continuidade da vida; os cuidados de reparação (cure) ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida”* (Collière, 1989, p. 237). A pessoa com EAM evidencia, numa primeira fase do seu processo de cuidados, necessidade de cuidados de reparação, assentes em grande escala no conhecimento adquirido pelo enfermeiro quanto ao estilo de vida da pessoa a cuidar. Nesse contínuo, associá-los aos cuidados de manutenção assume o verdadeiro campo de intervenção do enfermeiro, não só na colaboração da efetivação dos mesmos como também no ajuste de comportamentos futuros, numa dinâmica de preparação para a alta e também de educação para saúde. Os cuidados de enfermagem à pessoa e família a vivenciar manifestações de EAM visam *“... prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência...”* (OE, 2001, p. 8).

Durante décadas, o diagnóstico de EAM era sustentado em critérios epidemiológicos, estabelecidos em 1979 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta conceptualização evoluiu para critérios clínicos, vigorando como um evento clínico resultante da morte dos miócitos cardíacos (necrose miocárdica) causada por isquémia, através de um processo progressivo de aterosclerose coronária, permitindo o diagnóstico diferencial para a miocardite ou trauma cardíaco (American College of Cardiology [ACC], 2000; European Society of Cardiology [ESC], 2000). Trata-se de *“um processo pelo qual o tecido miocárdico é destruído em zonas desprovidas de fluxo sanguíneo suficiente, em virtude da redução do fluxo sanguíneo coronário, por estreitamento súbito de uma artéria coronária decorrente da aterosclerose, ou pela obstrução total por um êmbolo ou trombo”* (Edwards, 2002 p. 454). Este processo traduzido em isquémia, altera quase imediatamente a integridade e a permeabilidade da membrana celular aos electrólitos, produzindo-se

por isso, diminuição da contratilidade miocárdica. O sistema nervoso autónomo tenta compensar a diminuição da função cardíaca, daí resultando um novo desequilíbrio entre a oxigenação miocárdica e as suas necessidades de oxigénio (Edwards, 2002).

Mais recentemente (2007), a Joint Task Force of the European Society of Cardiology (ESC), o American College of Cardiology Foundation (ACCF), a American Heart Association (AHA) e a World Health Federation (WHF) aprimoraram a definição de EAM, acrescentando à definição de 2000 os seguintes critérios: a subida da troponina como *goldstandard* para diagnóstico de EAM; surge a referência à morte súbita como forma de apresentação do EAM; é feita a distinção com base em diferentes *cutt-offs* de troponina entre necrose miocárdica peri-procedimento e o EAM relacionado com a intervenção coronária percutânea; a subida da troponina, e se acima de um dado *cutt-off*, em conjunto com outras alterações, é utilizada na distinção entre necrose peri-cirurgia de revascularização miocárdica e EAM relacionado com cirurgia de revascularização miocárdica, e por último é introduzida uma nova classificação clínica de diferentes tipos de EAM.

Em 2012, a Sociedade Europeia de Cardiologia atualiza a definição de EAM com a deteção do aumento e/ou diminuição dos valores dos biomarcadores cardíacos (preferencialmente troponina) com pelo menos um valor acima do percentil 99 para referência do limite superior e com pelo menos uma das seguintes características ou sintomas inaugurais de isquémia: alterações de ST ou BCRE novo; desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG; evidência de imagem de nova perda de miocárdio viável ou alterações anómalas do movimento da parede do miocárdio; identificação de trombo intracoronário por angiografia ou em autópsia.

É atribuída causa cardíaca à morte com sintomas sugestivos de isquemia miocárdica, e, presumivelmente, às novas alterações de ECG, como BCRE. O EAM surge também associado à trombose de *stent* que surge associada à interrupção da terapêutica (dupla anti-agregação) ou a progressão da doença por não controle dos fatores de risco. É detetado por coronariografia ou autópsia no cenário de isquemia do miocárdio e com um aumento dos valores dos biomarcadores cardíacos com pelo menos um valor acima do percentil 99. A sua extensão tem a ver com a importância da artéria afetada e pode abranger diferentes áreas consoante a artéria coronária que sofreu a oclusão (Gradiz, 2009).

Se o conceito de Enfarte Agudo do Miocárdio tem evoluído no sentido de contemplar critérios clínicos e analíticos cada vez mais específicos, existe no seu quadro de referência sinais e sintomas que de forma isolada ou em conjunto asseguram o seu diagnóstico. Trata-se de uma patologia caracterizada pelo início súbito, sendo brusco o impacto na qualidade de vida da pessoa e no seu sistema familiar, que poderá ter repercussões futuras. Ansiedade e depressão são fatores presentes no doente com EAM, relacionados com o sentimento de morte eminente. A abordagem de enfermagem deve englobar comportamentos e atitudes que previnam estes sentimentos, através da orientação prudente do doente e das suas famílias (Araújo & Santos, 2003). A identificação dos sintomas e dos sinais associados ao EAM, pelo doente ou por outra pessoa, constitui o primeiro passo para o seu diagnóstico (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2007). Podem ser dor precordial, dispneia, náuseas, vômitos, hipersudorese, fadiga inexplicável ou síncope. Como fatores de risco mais comuns surgem a hipertensão arterial (HTA), a dislipidémia, hábitos tabágicos, a diabetes mellitus e a história familiar de EAM.

As manifestações clínicas englobam a tríade desconforto torácico (dor precordial), alterações do ECG e marcadores cardíacos séricos elevados, sendo que a existência dos dois últimos justificam ou são sugestivos de uma situação de EAM (Brandão, Santana e Souza, 2009). O diagnóstico do EAM é assim efetuado com base nos sintomas que o doente apresenta, nas alterações eletrocardiográficas e nos biomarcadores cardíacos ou enzimologia.

A dor surge assim como a principal entidade no quadro clínico de EAM. Segundo a definição da NANDA (2010) *“a dor aguda é um estado em que o indivíduo experimenta e relata a presença de desconforto grave ou sensação desconfortável”*. Esta dor, também designada angina de peito, é um quadro clínico caracterizado por dor precordial ou retro-esternal que tem na sua origem uma situação de isquemia, transitória e reversível, precipitada por um desequilíbrio entre a necessidade e o aporte de oxigénio ao miocárdio, geralmente causado por um estreitamento aterosclerótico ou por situações não cardíacas (Frisoli *et al.*, 2004; Smeltzer & Bare, 2005; Morton *et al.*, 2007; Nettina, 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010). Poderá assumir a localização retrosternal, precordial ou epigástrica, intensa, continua e duradoura, geralmente por um período maior que 30 minutos com irradiação para os membros superiores, dorso, pescoço e maxilar inferior (Gradiz, 2009). É o sintoma mais precoce e mais comum em doentes com EAM. É uma dor profunda e visceral,

descrita como intensa, compressiva ou esmagadora, que não alivia com o repouso nem com medicação específica como a nitroglicerina. Pode ser acompanhada de astenia, sudorese, náuseas, vômitos, tonturas e ansiedade.

A dor anginosa ou “angor pectoris” assume várias entidades em função da sua manifestação e formas de alívio. Assim, a angina estável é evidenciada por um padrão de dor previsível e consistente de origem por esforço físico ou emocional; a dor é aliviada com repouso e/ou administração de nitroglicerina (Smeltzer & Bare, 2005; Huddleston & Ferguson, 2006; Morton *et al.*, 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010). A angina instável, também chamada de angina pré-enfarte ou angina crescente, apresenta dor prolongada de maior intensidade e duração que a angina estável (Smeltzer; Bare, 2005; Morton *et al.*, 2007; Nettina, 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010). Angina variante de Prinzmetal é uma forma de angina instável que além de ocasionar dor, apresenta no ECG em crise supra-desnívelamento do segmento ST, comportando-se como um enfarte nas primeiras horas (Frisoli *et al.*, 2004, cit. Santos & Piaggi, 2010).

Smeltzer & Bare (2005) completam a sintomatologia do EAM com: dispneia, ansiedade, pele fria, pálida e húmida, além de frequência cardíaca e respiratória mais elevadas do que o normal. Se a dor precordial, pelo seu impacto no conforto do doente, urge em ser aliviada, também as manifestações que provoca, sobretudo a nível respiratório, devem ser alvo de observação e de intervenções de enfermagem.

Associado a esta sintomatologia pode surgir hipertensão ou hipotensão, desorientação, agitação, entre outros (Nettina, 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010). Cerca de 50% dos doentes apresentam fenómenos vagais como náuseas, sudorese, vômitos, dispneia, sensação de morte iminente e ansiedade (Pires & Starling, 2006, cit. Santos & Piaggi, 2010). Se não tratada a tempo poderá evoluir para enfarte agudo do miocárdio (Bassan, 2002; Frisoli *et al.*, 2004; Nettina, 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010).

As alterações do eletrocardiograma são o primeiro dado clínico que complementa a sintomatologia do doente, pois o ECG é o primeiro exame de diagnóstico a ser efetuado, residindo nele a informação quanto ao tipo de enfarte, quanto à sua localização e também a sua extensão em termos de músculo cardíaco. Desta forma, o ECG permite não só o diagnóstico de EAM, como também o diagnóstico diferencial com outras situações de dor torácica e o diagnóstico de disritmias (Costa, 2005). Pode ocorrer supradesnívelamento do segmento ST, aparecimento de onda

Q patológica e inversão das ondas T (Haugh, 2010). A ausência de supradesnívelamento do segmento ST (Gradiz, 2009) não é indicativa da ausência de EAM (Haugh, 2010). No entanto, a elevação do segmento ST é um marcador muito importante pois indica isquemia do miocárdio e o aparecimento da onda Q indica uma elevada possibilidade de enfarte de miocárdio (Haugh, 2010).

As ondas Q patológicas características do EAM surgem geralmente 8 a 12 horas após o início da dor torácica, podendo só aparecer 24 a 48 horas depois. O desenvolvimento de ondas Q anormais é muito específico do EAM. Porém, só ocorre em cerca de 50% dos doentes com EAM comprovado. Os outros doentes têm unicamente inversão da onda T, e/ou depressão do segmento ST. São raros os casos em que não existem alterações do ECG, sendo o diagnóstico de enfarte sem onda Q baseado na dor e no doseamento dos marcadores bioquímicos.

A diferenciação entre o EAM com onda Q (EAM com elevação do segmento ST) e o EAM sem onda Q patológica (EAM sem elevação do segmento ST) é importantíssima, pois existem diferenças acentuadas nas suas manifestações clínicas, no seu tratamento e no seu prognóstico. Embora na patogenia dos dois tipos de EAM exista uma trombose na placa de ateroma e vasoconstrição, no EAM sem onda Q patológica (EAMSSST) ocorre uma reperfusão precoce e espontânea, ao contrário do que acontece no EAM com onda Q patológica (EAMCSST) em que a oclusão coronária se mantém durante um período prolongado, resultando numa necrose mais extensa (Costa, 2005).

As alterações no doseamento das enzimas séricas são outro indicador de doença coronária isquémica. Resultam da lesão das células miocárdicas, com consequente libertação de troponina T e I, mioglobina, CPK, SGOT e LDH. Um padrão de elevações das enzimas após um EAM constitui um precioso indicador de diagnóstico, no entanto a interpretação das enzimas é um pouco limitada, pois as elevações não são específicas das lesões cardíacas (Edwards, 2002). Os níveis sanguíneos do CK-MB aumentam nas primeiras 6 horas de evolução do EAM, alcançando o seu valor máximo cerca das 14-36 horas. Considera-se que, quanto mais elevados forem os valores da CK-MB, maior será a extensão do EAM. Pode haver aumento dos valores circulantes da CK-MB em várias situações não cardíacas. Contudo, nestas situações, o valor da CK-MB não costuma ultrapassar os 5% do seu valor total, em virtude da concentração da CK-MB no músculo-

esquelético não ser superior a 5%, ao passo que, no miocárdio, é de cerca de 15% (Costa, 2005).

As troponinas cardíacas são presentemente os biomarcadores mais credíveis para o diagnóstico do EAM, dada a sua alta sensibilidade e especificidade. Elevam-se entre as 3 e as 12 horas após o início da dor anginosa. Atingem o seu valor máximo cerca das 24 horas. O nível circulante da troponina retorna à normalidade entre os 5 e os 10 dias de evolução do EAM. A medição dos níveis das troponinas num doente suspeito de sofrer de um EAM tem um importante significado prognóstico. Níveis elevados da troponina associam-se a um aumento significativo da mortalidade (Costa, 2005).

Outro dos biomarcadores que se manifesta no EAM é a enzima creatinoquinase (CK e CK-MB), a qual confirma a presença de lesão no miocárdio, e os níveis começam a elevar-se também apenas três horas após o enfarte, atingindo o seu pico às 12 h pós-enfarte e regressando ao normal 1 a 3 dias depois.

Torna-se assim importante monitorizar o doseamento dos marcadores cardíacos 6 e 12h após tratamento por angioplastia, para perceber qual a evolução da situação clínica da pessoa (Gradiz, 2009 e Haugh, 2010), não esquecendo o doseamento de outros sinais laboratoriais para os quais o enfermeiro com competências especializadas deve estar desperto. São indicadores não específicos da lesão miocárdica mas que traduzem uma resposta do organismo à lesão. São eles a leucocitose, o aumento na velocidade de sedimentação e o aumento da PCR.

Se as manifestações são o resultado da instalação do quadro clínico de EAM, existem fatores que são considerados predisponentes para o aparecimento de doença coronária e que devem ser considerados e abordados em intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença cardiovascular. Os mais relevantes são a história familiar, história prévia de enfarte, hipertensão, tabagismo, sedentarismo, uso de cocaína e principalmente o envelhecimento (Santos, 2005, cit. Santos & Piaggi, 2010). Além destes surgem também a obesidade, a diabetes mellitus e outras comorbilidades como agravantes da doença coronária (Colombo *et al.*, 2003, cit. Santos & Piaggi, 2010).

Alguns desses fatores são incontroláveis pela pessoa, pois fazem parte da sua matriz genética; torna-se importante o controle dos restantes fatores de risco, quer através de atitudes de índole pessoal que regulem os hábitos de vida, quer na adesão ao regime terapêutico como forma de controlar o impacto das

comorbilidades na doença coronária. Haugh (2010) classifica os fatores de risco como não modificáveis e modificáveis. Como fatores de risco não modificáveis temos a idade, o sexo, a raça, a história familiar e predisposição genética e quanto a fatores de risco modificáveis é possível encontrar a diabetes, a hipertensão arterial, o tabagismo, o estilo de vida sedentário, a obesidade e o stress. Em relação a este último, ele é abordado pela mesma autora como um fator de risco que age por ação das catecolaminas que são libertadas em resposta ao stress e aumentam a agregação plaquetária, podendo também precipitar o vasospasmo, havendo ainda necessidade de mais investigação nesta área.

Perante a entidade EAM, cujas implicações na vida da pessoa e na sua estrutura familiar são visíveis e verificadas a partir da avaliação inicial, cabe ao enfermeiro o planeamento e consequente intervenção num processo de enfermagem dinâmico que permita uma avaliação do processo de cuidados, produzindo e evidenciando ganhos em saúde. Nesta perspetiva, os diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) representam o julgamento de enfermagem sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde e processos vitais. A sua utilização proporciona um critério para a seleção de intervenções de enfermagem que visam atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável. Surge assim o julgamento clínico como a base para tomada de decisões em enfermagem, que consiste num processo mental norteado pelos princípios da ciência e determinado pelo conhecimento, experiência, percepção e intuição do enfermeiro que procura fazer julgamentos com base em evidências, o qual leva ao diagnóstico de enfermagem (Nanda Internacional, 2010). De entre os diagnósticos de enfermagem possíveis, destaco os seguintes: Ansiedade relacionada com a situação clínica e medo de morrer, manifestada verbalmente pelo doente; Dor aguda, relacionada com EAM manifestada por verbalização de dor precordial e pressão torácica; Padrão respiratório ineficaz relacionado com dor e ansiedade manifestado por dificuldade respiratória; Padrão de sono alterado relacionado com internamento e situação clínica, manifestado por diminuição das horas de descanso, insónias e cansaço; Défice no auto cuidado para banho e higiene relacionado com restrição da mobilidade, manifestado por incapacidade do doente realizar estas atividades autonomamente; Interação social prejudicada relacionada com internamento manifestada por alteração das rotinas do doente (Lopes, Carneiro, Santos, & Barros, 2012).

Por outro lado, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) constitui também um avanço na nomenclatura, ordenação e descrição das intervenções de enfermagem, criando uma ferramenta de registo baseada em linguagem comum que, segundo o ICN (2009), tem em vista a produção de resultados e permite ganhos na qualidade dos cuidados prestados. Os focos em destaque na entidade EAM são a presença de dor, dispneia e medo. A sua avaliação é feita de acordo como cada pessoa e família vivenciam essas manifestações (fenómenos de enfermagem), sendo o planeamento das intervenções baseado no seu conhecimento da situação e das capacidades que dispõe para superar tais manifestações no âmbito do processo de cuidados. Existem também atitudes terapêuticas, como a angioplastia ou os programas de reabilitação cardíaca, que englobam intervenções de enfermagem definidas, em que a sua execução ou avaliação, permitem cuidar, validar e preparar a pessoa e família para a alta. A CIPE poderá ser um contributo para a enfermagem, se os enfermeiros souberem tirar partido da sua utilização. Consiste, numa classificação de fenómenos de enfermagem, ações de enfermagem e Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que descrevem a prática de enfermagem. Sendo a CIPE, uma linguagem classificada para ser utilizada por enfermeiros, facilitará a comunicação entre todos os profissionais

Para Abreu (2008, p.34), *“identificar os focos de atenção, formular diagnósticos ou definir intervenções adequadas, só é possível se os enfermeiros explorarem a realidade cultural da pessoa, para assim entenderem as transições e os processos vivenciados”*. Neste sentido, Collière (1989) indica dois aspetos a considerar quanto aos conhecimentos que se obtêm na relação do cuidar: as fontes de conhecimentos utilizados e o seu modo de organização e utilização. Estes dois aspetos têm de ser contextualizados nos estilos de vida que cada pessoa tem, encarando e vivenciando a saúde e doença de diferentes maneiras, sendo este facto importante para o planeamento e desempenho dos cuidados de enfermagem. Uma das fontes importantes neste indicador é a pessoa e a sua família com todos os seus aspetos intrínsecos (linguagem; comunicação não verbal – olhar, fâcies, penteado, trajo, postura; preocupações; dificuldades) e extrínsecos (provenientes do seu meio social, do espaço em que se situa).

É sobre essa pessoa que, após a avaliação inicial e o diagnóstico, o enfermeiro gere protocolos de intervenção terapêutica associados ao tratamento que se procura

efetivo, em que o objectivo ideal é a reperfusão nas primeiras 2 horas após o início dos sintomas. O principal parâmetro clínico deve ser o tempo entre o início de sintomas e o primeiro contacto médico. A decisão do tratamento deve tomar em consideração o tempo esperado para a reperfusão. Se a hipótese em fazer ICP primária for mais demorada relativamente a fazer fibrinólise, esta deve ser opção de tratamento (ACS, 2007).

O espaço de atuação do enfermeiro e os cuidados prestados devem responder às necessidades do doente, enquadrados numa organização e num sistema de saúde.

Para que possa haver um efetivo reconhecimento dos cuidados de enfermagem como tais, as enfermeiras e enfermeiros dos nossos dias têm que demonstrar que os cuidados de enfermagem são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, serviço esse que não é coberto por outros profissionais” (Collière 1999, p. 284).

O foco de atenção do enfermeiro no exercício da sua profissão é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, baseada na inter-relação pessoal (OE, 2003). Assim, esta relação caracteriza-se pela parceria estabelecida entre o cuidador e a pessoa cuidada, num processo dinâmico em que o objeto da intervenção do enfermeiro é a pessoa.

É na avaliação da resposta da pessoa às manifestações decorrente do EAM que o tratamento é orientado. A respiração do doente é a primeira função fisiológica a deteriorar-se. A acumulação de ácido láctico a nível do miocárdio pode causar acidémia. Esta estimula quimiorrecetores cerebrais de forma a aumentar a profundidade e a frequência respiratória, na tentativa de expelir o ácido láctico. Em função dessa resposta, pode ocorrer lesão pulmonar ou exaustão dos músculos respiratórios, traduzida por hipoxia. A hipoxemia gera ansiedade, dispneia e diminuição da saturação periférica do oxigénio, o que leva a uma necessidade de aporte de oxigénio (Edwards, 2002 p. 458). A sua administração (por máscara, a todos os doentes com saturação periférica de oxigénio <90%.) contribui assim para a redução da lesão isquémica. No entanto, num estudo aleatorizado duplamente cego, a oxigenioterapia por si só, sem critérios, nas primeiras 24 horas após admissão, não mostrou benefícios a longo prazo em doentes com EAMCSST (ACS, 2007).

“O cuidar holístico de enfermagem, envolve a identificação e compreensão de todas as esferas da doença, de modo a obter cuidados eficientes e de excelência em enfermagem” (Edwards, 2002, p. 467). No atendimento à pessoa que apresenta dor

torácica sugestiva de enfarte do miocárdio, o enfermeiro deve realizar a história organizada e sistematizada para uma assistência integral que permita a elaboração de um plano de cuidados que contemple todas as necessidades humanas básicas, tais como atender à sua necessidade de oxigenação/ventilação, circulação/perfusão, conforto/controle da dor, segurança, psicossocial, espiritual, entre outros. Quanto à intervenção precoce deve avaliar sinais vitais, colocar acesso venoso, colher sangue para análises e manter acesso para medicação endovenosa (Morton *et al.*, 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010). Simultaneamente é da sua competência elevar o plano da cama para diminuir o desconforto e a dispneia, diminuir a ansiedade com orientações e atitudes apropriadas, pois o medo e a ansiedade aumentam o trabalho cardíaco (Smeltzer & Bare, 2005; Nettina, 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010).

No âmbito do apoio psicológico deve proporcionar um local tranquilo e silencioso, orientar a pessoa e familiares, ouvir os seus medos e esclarecê-los sobre os procedimentos (invasivos e não invasivos) que serão realizados, (Mussi *et al.*, 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010), pois todo o trabalho de preparação e ensino para a alta inicia-se na admissão.

O restabelecimento precoce da permeabilidade da artéria ocluída é o objetivo primordial do tratamento e pode ser obtido com reperfusão química ou mecânica. A reperfusão farmacológica representou um avanço importante na década de 1980, com diminuição das taxas de mortalidade. A terapêutica fibrinolítica como resposta mais ajustada (em que o tempo é condicionante para angioplastia) para o doente com EAM, pode ser iniciada no pré-hospitalar e está associada a uma redução do tempo para o tratamento. Não sendo o tratamento ideal para o doente com EAM, pode ser o mais indicado com base na premissa que tempo é miocárdio (ACS, 2007).

Entretanto, as limitações inerentes à terapia fibrinolítica conduziram ao advento da intervenção coronária percutânea (ICP) primária, que rapidamente se tornou o procedimento de escolha na abordagem do enfarte agudo do miocárdio com supra-desnívelamento do segmento ST, tendo em vista o comprovado maior restabelecimento de fluxo coronário epicárdico, a diminuição de complicações hemorrágicas e mecânicas, a redução das taxas de mortalidade e re-enfarte, e nova revascularização da lesão alvo, além de vantagens adicionais como possibilidade de avaliação anatômica e estratificação invasiva precoce (Lima, 2011). Nestes procedimentos invasivos, pode ser necessário a utilização de terapêutica com

inibidores das glicoproteínas IIb/IIIa (abciximab, integrilin, tirofiban), utilização de balões de angioplastia impregnados com medicação, implantações de *stents* com ou sem fármaco, que ajudam a manter a permeabilidade da artéria, diminuindo a incidência de re-estenose (Haugh, 2010).

A Via Verde Coronária é uma das formas do doente com EAM entrar no sistema, permitindo rapidez de avaliação, num fluxo de intervenções previamente definidas e validadas, conferindo à pessoa o atendimento e tratamento mais efetivo. Assenta em princípios científicos que conferem à Hemodinâmica o espaço físico de destino para o tratamento de eleição da pessoa com EAM, cientificamente validado, com critérios de atuação sempre atualizados e cujo pressuposto tempo/viabilidade cardíaca surgem numa dimensão de qualidade de cuidados de saúde (ESC, 2008). A redução do tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento constitui o objetivo prioritário em todos os programas de EAM. A maior parte das complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução do quadro clínico. O benefício da terapêutica de reperfusão, na redução da mortalidade, está diretamente relacionado com a sua utilização precoce, sendo mais elevado na primeira hora, a chamada *golden hour* (ACS, 2007).

Assim, numa fase inicial, a terapêutica a instituir na pessoa com EAM visa sobretudo aliviar a dor, controlar as disritmias, evitar complicações decorrentes e permitir o restabelecer da circulação na artéria ocluída, partindo do princípio que tempo é miocárdio (Meils, Kaleta & Mueller, 2002). O controlo da dor assume uma importância fundamental na terapêutica do EAM, revelando-se indispensável a avaliação regular, feita pelo enfermeiro, utilizando escalas de dor e administrando a medicação indicada, antecipando estados extremos de difícil reversão e controle, que podem condicionar toda a abordagem à pessoa (Edwards, 2003, p. 462). Esta atitude terapêutica é de elevada importância, não só pelo conforto que proporciona ao doente, mas também por impedir a ativação simpática, responsável pela vasoconstrição e pelo aumento do consumo de oxigénio por parte do miocárdio (ACS, 2007). O alívio da dor, com terapêutica analgésica e vasodilatadora, é uma atitude terapêutica elementar no controlo inicial do doente, devendo essa abordagem contemplar também o alívio geral da ansiedade (Society of Critical Care Medicine [SCCN], 2008). Os esquemas terapêuticos habituais utilizam vasodilatadores especificamente coronários (nitratos) por via oral, sublingual ou

endovenosa, podendo mesmo utilizar terapêutica analgésica (opiáceos – morfina) por via endovenosa (ACS, 2007).

Em associação à terapêutica vasodilatadora/analgésica, a terapêutica antiagregante oral, quando não existem contraindicações, deve ser iniciada o mais precocemente possível, pois reduz a mortalidade em doentes com SCA (ACS, 2007). O mais utilizado é a aspirina oral na dose de 250 mg. A dupla antiagregação com aspirina e clopidogrel é hoje comum e contemplada nas recomendações terapêuticas para o EAM. O aumento da dose inicial de clopidogrel para 600 mg oral permite um efeito antiagregante máximo ao fim de 2 horas, reduzindo a mortalidade sem aumentar o risco hemorrágico (ACS, 2007).

Todo este processo de cuidados contempla intervenções de enfermagem que exigem, não só na fase aguda como também na sua continuidade, competências profissionais na abordagem à pessoa e família, com EAM. Para isso os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórica e a capacidade de liderança no atendimento à pessoa em situação crítica. São consideradas atribuições importantes, para garantir uma assistência de qualidade, o discernimento, a iniciativa, a agilidade, a capacidade de analisar e interpretar os sinais e sintomas. No âmbito pessoal e profissional, a maturidade e a estabilidade emocional, também são tidos em conta (Gomes, 2006, cit. Santos & Piaggi, 2010).

3. OBJETIVOS DO ESTÁGIO

O surgir da temática na estruturação do projeto que permitia orientar o estágio de desenvolvimento de competências específicas na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, resultante da frequência deste mestrado, incorporou a continuidade do desenvolvimento profissional como uma sua extensão, aqui suportada pela evidência científica exigida, indo ao encontro de uma prática baseada na evidência quase sempre operacionalizada mas nem sempre evidenciada. Foi o momento de encontro e conjugação de várias premissas práticas, teóricas, pessoais e institucionais cujo espaço agora definido possibilitou a existência da sua génese e, quem sabe, a sua operacionalização.

A estruturação do estágio nos moldes do trabalho de projeto conferiu a esta abordagem e a este processo de aprendizagem um carácter dinâmico, passível de sofrer alterações durante a sua concretização, antecipando vivências, prevendo percursos e orientando a prática numa perspetiva em que *“a teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão”* (Tomey & Alligoog, 2004, p.17). Colocar em prática este pressuposto confere um enquadramento ao desempenho em estágio, no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, como consta no Modelo de Desenvolvimento Profissional e no Regulamento nº 124/2011 publicado no D.R. 2ª série - nº 35 de 18 de Fevereiro 2011.

Para aquisição e desenvolvimento de competências é fundamental que sejam identificados os saberes necessários ao processo ensino-aprendizagem de forma a permitir o seu desenvolvimento. A formação não implica apenas a aquisição de conhecimentos ou de técnicas; implica também um desenvolvimento pessoal que passa pela adaptabilidade, flexibilidade, autonomia e sobretudo pela disponibilidade para aprender a aprender. Desta forma o modelo de formação deve estar ancorado no referencial da pedagogia crítico-reflexiva, contribuindo para a construção de competências profissionais que possibilitem o agir centrado no cuidado holístico da pessoa e família.

Nesta fase da formação académica (estágio) e com o conhecimento experiencial por mim detido, procuro refletir sobre o *habitus* e a socialização profissional, criando

mecanismos de transferência bidirecional na prática profissional, assente em modelos, normas e valores coerentes com o estado da arte e com a cultura institucional. O cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica foi por mim conseguido, tendo para o efeito definido como objetivos:

- Conhecer o percurso do doente crítico, em particular a pessoa com EAM submetida a angioplastia coronária, desde a entrada no serviço de Urgência até à saída da unidade de cuidados intensivos coronários;
- Desenvolver conhecimento de enfermagem que permita alcançar competências especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica, em particular à pessoa com EAM e família, em todo o seu percurso pelas unidades de cuidados diferenciados;
- Prestar cuidados globais e especializados à pessoa em situação crítica, particularmente à pessoa com EAM e família, com base nos pressupostos da prevenção e controlo de infeção, face à complexidade da situação e à celeridade das intervenções exigidas;
- Dinamizar e divulgar o conhecimento adquirido e desenvolvido na abordagem à pessoa em situação crítica, em particular ao doente crítico com EAM e família;
- Organizar um instrumento de registo que assegure a continuidade de cuidados de enfermagem especializados ao doente com EAM, desde que entra até que sai do hospital.

O estabelecer de objetivos procurou ir de encontro ao enquadramento do mestrado e das competências específicas regulamentadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, surgindo após idas a campo, na fase inicial deste percurso, para melhor conhecer a realidade. Sofreram ajustes ao longo do estágio, ajustes esses extensivos também às atividades preconizadas para a sua efetivação, assim como foram especificados para cada contexto em particular (ver anexo I). A sua reorganização procurou ser sequencial e obedeceu a um único critério: o percurso da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica, particularmente EAM, tendo como porta de entrada no sistema de saúde o serviço de urgência (início do estágio), sob intervenção inicial do pré-hospitalar ou chegando pelos próprios meios, submetido a tratamento por angioplastia num

serviço de hemodinâmica; transferido para uma unidade de cuidados intensivos e posteriormente com alta para o domicílio.

A fase inicial no serviço de urgência foi a que abrangeu o maior período de estágio e onde os ajustes aos objetivos iniciais foram mais evidentes, pois a realidade da prática, as solicitações e necessidades identificadas tornaram-se claras e num ambiente em que foi importante priorizar quais os setores considerados como mais-valia ao desenvolvimento das competências propostas, houve necessidade de adequar os objetivos propostos. Este período de estágio também foi o mais longo, pelo facto de, apesar da experiência em situações de emergência, nunca ter desempenhado funções num SU.

Numa fase intermédia e procurando uma conjugação de interesses que passavam por conhecer outras realidades, avaliando e comparando metodologias de trabalho, circuitos do processo de cuidados à pessoa com EAM e família e, sobretudo, sistemas de apoio à prática de enfermagem utilizados na continuidade dos cuidados, considerei importante um período de observação num serviço de hemodinâmica equiparável aquele onde trabalho (quer em produtividade, quer em organização), com vista a sedimentar a ideia de que existe uma necessidade ou lacuna ao nível dos registos efetuados e comunicados entre serviços: serviço de urgência/hemodinâmica e hemodinâmica/cuidados intensivos. Esta temática serve de objeto de intervenção no âmbito do desempenho profissional (tratamento da pessoa com EAM por angioplastia), permitindo despertar o interesse por uma necessidade e disponibilizar ferramentas para operacionalizar no serviço um meio e uma forma de registo que melhor corresponda ao desempenho de enfermagem, contribuindo assim para a sua visibilidade.

Por fim, numa terceira fase, os objetivos definidos para a unidade de cuidados intensivos coronários tinham por base o desenvolvimento e a atualização do conhecimento, sobretudo a melhoria na articulação entre o serviço hemodinâmica e UCI coronários. O espaço interior disponibilizado permitiu uma partilha de conhecimento cujos objetivos iniciais se alongaram para a colaboração noutras áreas que dispunha experiência e conhecimento científico. Foi um percurso de redimensionamento dos objetivos, em função da sua mensurabilidade e efetividade.

4. ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS: competências desenvolvidas

Esta fase de ensino clínico teve início com a sua estruturação em projeto de aprendizagem, depois de devidamente validada não só o seu enquadramento na frequência do mestrado como também a sua pertinência e realização nos locais definidos para campo de estágio. *“Os estágios clínicos implicam um processo de construção do saber profissional, saber situacionalmente contextualizado, pessoalmente construído, referenciado a saberes disciplinares que, nesse momento, se percebem na sua relevância e interação e de saberes experienciais transmitidos pelos profissionais já experientes com os quais se convive”* (Alarcão & Rua, 2005). Para tal, fez-se um levantamento das possibilidades de unidades de cuidados que permitissem viabilizar a sua realização, com idas a campo (ver Anexo II) e entrevistas pré-planeadas (ver Anexo III) aos responsáveis dos serviços, elaborando posteriormente um relatório sumário que contemplasse não só uma descrição do serviço como também uma avaliação da sua importância no âmbito pretendido. Depois de definidos os objetivos para cada um dos campos de estágio, iniciou-se então o processo de aprendizagem, com o desenvolvimento de competências na área de intervenção de enfermagem, pessoa em situação crítica seguindo o cronograma planeado.

4.1. Serviço de Urgência

O processo de desenvolvimento de competências iniciou-se pelo serviço de urgência do Hospital A, e decorreu no período compreendido entre 8 de Outubro e 7 de Dezembro de 2012. A opção de tornar este momento aprendizagem clínica como o mais longo deve-se ao fato de apesar de dispor de experiência no atendimento a pessoas em situação de emergência e urgência, nunca tinha desempenhado tais funções num contexto de um serviço de urgência. A opção pelo hospital A, entre outros motivos, teve em conta o tipo do serviço de urgência (polivalente), pois o seu funcionamento equipara-se ao SU que se articula com o local em que desempenha funções, retratando aqui possíveis melhorias nos circuitos entre serviços.

Desde 2001 que a Direção Geral de Saúde (DGS) definiu os conceitos de situação emergente e urgente. Assim, *“Urgências são todas as situações clínicas de*

instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e “Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, p.7, 2001). Para responder adequadamente a tais situações clínicas, a rede de referência hospitalar foi reorganizada em 2001, permitindo a articulação em rede entre serviços e hospitais, explorando complementaridades, de modo a aproveitar sinergias. Procurou concentrar recursos, o que permite a maximização da sua rentabilidade. Para isso organizou os serviços de urgência em 3 níveis: Geral, Médico-Cirúrgica e Polivalente. Essa reestruturação foi extensiva também à rede do pré hospitalar, procurando uma cobertura para todo o país (DGS, 2001, p.5).

Foi no contexto de um serviço de urgência polivalente que o percurso clínico se desenvolveu, sendo a sua fase inicial dedicada ao conhecimento da estrutura física e recursos humanos, equipa de saúde e, sobretudo, dos circuitos de circulação dos clientes, protocolos e normas de atuação. Durante uma semana acompanhei o chefe de equipa de enfermagem no respetivo turno, onde foi possível perceber toda a dinâmica de coordenação e distribuição dos recursos humanos pelos diferentes setores; resposta imediata a solicitações no âmbito de necessidades de material, equipamento, medicação, transportes e sobretudo na articulação com o chefe de equipa médica para uma gestão eficaz do serviço em termos de vagas em SO, Balcão geral e Balcão trauma, monitorizando a atividade dos vários setores. Esta atuação baseou-se na existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem próprio da instituição e também na procura da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, servindo o enfermeiro chefe como intermediário e mediador nas relações entre grupos profissionais e entre enfermeiros e a missão da instituição conforme os padrões da profissão (OE, 2001).

Para atingir os objetivos propostos, era importante conhecer toda a dinâmica de funcionamento do serviço, que permitisse a integração, não só na equipa, como também no método de trabalho da mesma, pois são as pessoas que dão vida, inteligência, emoção e ação à empresa; são elas que garantem a dinâmica do projeto, que proporcionam a excelência, a qualidade, a produtividade e a competitividade (Chiavenato, 2007).

Partindo desta premissa, a triagem foi o primeiro local onde, após uma fase de contacto e um processo de aprendizagem orientado para a especificidade do local de atendimento, pude desenvolver atividades de enfermagem e consequentemente cuidados de saúde, a toda a pessoa e família que aí recorria. Todo este raciocínio de enfermagem foi simultaneamente enquadrado no preenchimento do algoritmo do Sistema de Triagem de Manchester, o qual consiste num instrumento de gestão de prioridades/categorias de urgência, que procura identificar, de forma organizada e sistematizada, os cidadãos/utentes em situação de doença e/ou lesão emergente e/ou urgente, para que sejam atendidos primeiramente. Foi implementado em Manchester, Reino Unido, em 1997, estando em utilização em Portugal desde 2000 (Grupo Português Triagem [GPT] 2002). *“Tem como objetivo único priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no serviço”* (GPT, 2002, p.3).

Desenvolvi aspetos de índole profissional inerentes ao desempenho da atividade de enfermagem, tais como saber ouvir (acolhimento), orientar todo o diálogo selecionando questões de forma a obter respostas direcionadas para o verdadeiro motivo da vinda da pessoa à urgência. A triagem procura fornecer ao enfermeiro *“não um diagnóstico mas uma prioridade clínica* (GPT, 2002, p.7), avaliando e enquadrando clinicamente toda a sintomatologia nos critérios e protocolos definidos para o preenchimento da devida carta de triagem que confere à pessoa prioridade no atendimento. Para tal, foi importante distinguir a diferença entre prioridade clínica e gestão clínica. *“A primeira requer a recolha de informações necessárias por forma a permitir a colocação de um doente numa das cinco categorias”* (GPT 2002, p. 7) definidas pela Triagem de Manchester; a segunda *“pode exigir uma maior compreensão das necessidades do doente, e pode ser afetada por um vasto número de fatores extrínsecos, tais como a hora do dia, a disponibilidade de pessoal e o número de cama disponível”* (GPT 2002, p. 7).

De modo a desenvolver competências na triagem em serviço de urgência, elaborei um jornal de aprendizagem com o qual foi possível pesquisar e aprofundar conhecimentos nesta área, possibilitando-me um contato efetivo com os pressupostos da triagem de Manchester e também com os princípios que o Grupo Português de Triagem preconiza para os serviços de urgência do país. Permitiu-me confrontar a realidade da triagem com a teoria publicada, retirando mais-valias neste processo de avaliação clínica e de gestão dos cuidados de saúde.

O percurso desenvolvido na procura de uma avaliação segura, que requer tanto de raciocínio clínico como de intuição, assenta em progressivas fases de maturidade, onde o interpretar, discriminar e avaliar (GPT 2002) são pressupostos operacionais com influência em todo o processo de tomada de decisão, que é vista como

... uma série de passos para chegar a uma conclusão e consiste em três fases – identificação de um problema, determinação das alternativas e seleção da alternativa mais adequada (GPT 2002, p.11). Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE 2001, p.10).

A tomada de decisão orientou o exercício profissional autónomo, implicando uma abordagem sistémica e sistemática, na qual incorpora os resultados da investigação na sua prática. É esta conjugação entre o conhecimento científico, o conhecimento experiencial e a sua operacionalidade dentro dos critérios exigidos pelos padrões de qualidade para a profissão, que conferem ao setor da triagem uma grande exigência na diferenciação profissional.

Na relação estabelecida

... no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem ... Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem (OE, 2001, p. 8).

Foi centrando-me nestes pressupostos que desempenhei funções na triagem do referido hospital, abordando e ativando situações de via verde sépsis, em três momentos, e via verde AVC em quatro clientes, 2 deles com continuidade no acompanhamento para a realização de TAC, e em seguida para o serviço de neurologia/unidade de AVC's para tratamento com trombólise. São protocolos terapêuticos de atuação de equipa, com os quais se torna evidente o desempenho dos enfermeiros como profissionais de saúde melhor posicionados no sistema de funcionamento dos serviços de urgência, para desta forma identificar a necessidade de cuidados da pessoa, através de uma intervenção precoce e de encaminhamentos em circuitos que viabilizem um acesso mais rápido, eficaz e eficiente ao tratamento adequado, melhorando significativamente o seu prognóstico e diminuindo a sua morbilidade e mortalidade.

A gestão do protocolo terapêutico da Via Verde AVC possibilitou, na sua fase inicial, alguma continuidade de atuação e despiste de sinais e sintomas que permitem, através de uma avaliação rápida, precisa e objetiva desencadear uma série de procedimentos efetuados em tempo útil, dos quais se destacam a ativação dos meios, não só de diagnóstico, como também de tratamento à pessoa com alterações agudas do estado neurológico por causa vascular. Apesar do trabalho efetuado nos cuidados de saúde primários, das campanhas de prevenção e educação para a saúde, o número de ativações da Via Verde AVC tem vindo a aumentar. De 492 ativações em 2006, foram registadas 3040 em 2012 (INEM, 2013), sendo o intervalo entre os 30 e 44 minutos desde o início dos sintomas e a chamada para o 112, o período que registou o maior número de casos. O intervalo de tempo que contempla o maior número de casos após o início dos sintomas e a chegada ao hospital foi entre 45 e 89 minutos (INEM, 2013). A Via Verde intra-hospitalar consiste em *“todo o sistema intra-hospitalar que facilita o acesso à terapêutica fibrinolítica”*, tendo como objetivo final *“reduzir o mais possível, o tempo que medeia desde a entrada no hospital até ao início do tratamento”* (ACS, 2007, p. 39).

Foi possível com os casos vivenciados, prestar cuidados de saúde à pessoa e família, desde o momento da triagem, na sala de reanimação, no transporte ao serviço de imagiologia (TAC) e na transferência para unidade de AVC's. Em todo este processo de cuidados desenvolveram-se intervenções diretamente à pessoa acometida de doença como também à família ou pessoa cuidadora que se integrou em todo o plano assistencial, não só na obtenção de informação como também possibilitando a sua presença junto da equipa, nas situações em que tal era possível. Trata-se de um momento em que *“a família sofre diversas modificações no decorrer da sua história”* (Silva, 2011, p.13).

este núcleo familiar representa um sistema constituído pelo conjunto de partes representadas por cada membro ou integrante do núcleo familiar, ligadas por regras, história, crenças e afeição que possibilitam a sua integridade, sejam qual for o seu contexto ou tipo de constituição (...) Qualquer mudança abrupta em uma das partes pode provocar alteração em todo o sistema, desequilibrando-o. Sendo assim, alguns estudos descritos por Santos, Zanetti, Otero e Santos (2005), nortearam que o Impacto do AVC (...) em um dos membros, principalmente na fase produtiva, é um fator de rutura que vem desencadear mudanças violentas nos papéis e na estrutura da família, forçando-a a desenvolver uma nova dinâmica, em que se inclui o ato de cuidar um dos outros. (Silva, 2011, p.13).

Outro campo de intervenção em que tive oportunidade de desenvolver competências foi à pessoa com sépsis/choque séptico. As duas situações de sépsis identificadas e

estratificadas na triagem, com critérios de acionamento da Via Verde Sépsis, tiveram continuidade na sala de reanimação onde foi possível acompanhar o desempenho da equipa e colaborar na prestação de cuidados à pessoa já com o diagnóstico confirmado. A presença de uma suspeita clínica de infeção no momento da triagem deve motivar a avaliação obrigatória da frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal (critérios de síndrome de reposta inflamatória sistémica – SIRS). Toda a pessoa com uma queixa sugestiva de infeção e pelo menos dois critérios de SIRS (frequência cardíaca superior a 90 b/pm, frequência respiratória superior a 20 cr/pm e temperatura corporal inferior a 36°C ou superior a 38°C) (Direcção Geral de Saúde, 2010) deve ser rapidamente reavaliada num segundo momento por um médico do SU, com o objetivo de confirmar a suspeita clínica de infeção. Cabe à equipa de enfermagem estar atenta a sinais clínicos iniciais, para direccionar ou adequar a terapia e melhorar o prognóstico. A importância da avaliação e do diagnóstico precoce está associada a um tratamento efetivo, com o objetivo de proporcionar menor número de complicações e disfunções orgânicas (Knobel et.al, 2010).

Foram duas situações clínicas em que se verificou a confirmação dos casos suspeitos de sépsis, com a presença de hipoperfusão grave, traduzida por hipotensão (TAS <90 mm Hg) e por hiperlactacidemia (> 4 mmol/l), não se evidenciando critérios de exclusão da VVS. Deu-se início ao algoritmo terapêutico no qual é fundamental a administração de antibioterapia adequada e a otimização da oxigenação dos tecidos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010). Em ambas as situações clínicas houve uma evolução para choque séptico com hipotensão arterial mesmo após a utilização de expansores da volémia. O choque séptico é um tipo de choque distributivo resultante da resposta sistémica a uma infeção grave do organismo. Segundo Thelan *et al* (2008), este tipo de choque caracteriza-se pela distribuição irregular do sangue nos tecidos, dando lugar a áreas hiperperfundidas e outras hipoperfundidas. Resulta da resposta do organismo aos microrganismos invasores, sendo ativado pelos sistemas neurológico e endócrino (através dos danos causados aos tecidos) e por inúmeros mediadores imunitários. Subsequentemente, sucedem-se disfunções celulares e metabólicas que se repercutem no funcionamento dos órgãos e na perfusão dos tecidos (Smeltzer *et al*, 2008).

A assistência humanizada requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento

e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado – uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais (Backes, Filho, & Lunardi, 2006). O meu desempenho no planeamento das intervenções obedeceu a critérios de avaliação da pessoa em situação crítica com base no modelo ABCDE, sendo a sua operacionalização ocorrido no âmbito de uma equipa pluridisciplinar, envolvendo a família ou pessoa representativa. Numa fase inicial com a intervenção junto da família, transmitindo informação sobre a evolução da situação, e posteriormente com a colheita de informação que complementa o conhecimento da pessoa, de modo a que a continuidade de cuidados e a manutenção dos hábitos de vida não sejam comprometidos. Foi instituída terapêutica precoce orientada por objetivos, assente em três parâmetros hemodinâmicos claramente definidos, com o intuito de otimizar o aporte de oxigénio aos tecidos periféricos. Esses parâmetros são a pressão venosa central (PVC) > 8 mm Hg (ou 12 em doentes ventilados); a tensão arterial média (TAM) > 65 mm Hg e saturação venosa central de oxigénio (SvcO₂) > 70%. Estes objetivos devem ser atingidos nas primeiras 6 horas após avaliada e identificada a situação clínica (Direcção Geral de Saúde, 2010).

O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, o despoletar da equipa para a situação e o acompanhamento e encaminhamento para o tratamento efetivo, enquadram-se na competência de ***cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica***, não só na vertente da prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação emergente, como também antecipando a sua instabilidade e o risco de falência orgânica, gerindo a administração do protocolo terapêutico específico para a situação.

À semelhança das situações clínicas já descritas, e no âmbito da especificidade do meu projeto, tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa e família a vivenciar as manifestações do EAM, na fase inicial do processo de cuidados, sendo este momento novo para mim, pois o meu conhecimento experiencial não contempla as vivências reportadas no serviço de urgência. Foi interessante e um desafio no momento da triagem confinar à manifestação transmitida pela pessoa um sem número de sinais e sintomas que constituem o diagnóstico que, neste caso preciso, define o tratamento. Habitado a generalizar e contextualizar, orientei a minha abordagem para o motivo da necessidade de cuidados, a queixa principal da

pessoa, escolher o fluxograma, de entre os cinquenta e dois existentes, que melhor se adequa à queixa identificada e obter resposta afirmativa a uma das questões ou discriminadores do fluxograma. Das várias situações de abertura do fluxograma de dor torácica, 3 tiveram continuidade na sala de reanimação com o diagnóstico de EAM com supradesnivelamento do segmento ST. Um quarto caso foi por mim despoletado na sala de observação do Balcão Geral quando se dava a passagem de turno da manhã para a tarde, perante a informação transmitida pelo colega e a observação do quadro clínico da pessoa (homem, cerca de 60 anos, angor inaugural com indisposição gástrica), sugeri ativar a realização de ECG o qual viria a evidenciar alterações agudas, com o respetivo encaminhamento para a reanimação.

A sala de reanimação existe para o atendimento ao cliente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte (Direção Geral de Saúde, 2001), sendo o local definido, no circuito de atendimento à pessoa com EAM, para iniciar a abordagem e implementar intervenções que visem o tratamento adequado. Está munida de equipamento e material que permite uma abordagem ABCDE à pessoa em situação crítica, na qual intervém uma equipa multidisciplinar. *“Além da manutenção da sala de reanimação para usar prontamente, parte das atividades executadas são da competência dos enfermeiros e, mesmo aquelas ações exclusivas dos médicos, requerem a colaboração dos enfermeiros, para as quais têm que estar preparados”* (Bastos, Machado, & Souza, 2008). Cada uma das quatro unidades de atendimento está organizada em dois módulos funcionais: à esquerda todo o material necessário para intervir na pessoa ao nível do C e à direita o equipamento e consumíveis que permitem assegurar o A e B.

Nesse setor foi possível partilhar com a equipa multidisciplinar conhecimentos e experiências sobre o tratamento por angioplastia das situações de EAM, com os critérios existentes para o EAM com supra ST e EAM sem supradesnivelamento ST, pois *“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”* (Benner, 2001, p. 61). Foi notória a inexistência do protocolo de Via Verde Coronária, apesar dos princípios de atuação estarem muito atuais e responderem ao preconizado para o tratamento da doença coronária: “aumentar a reperfusão na fase aguda destas situações” (ACS, 2007, p.7), ou seja estabelecer “a reperfusão nas primeiras 2 horas após o início dos sintomas” (ACS, 2007, p.9).

Tive a oportunidade de planejar e intervir diretamente na prestação de cuidados à pessoa e família no ambiente da sala de reanimação, pois *“o enfermeiro, no atendimento ao paciente que apresenta dor torácica sugestiva de enfarte do miocárdio, deve realizar a história organizada e sistematizada para assistência integral do paciente”* (Morton et al., 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010). **A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica** é uma das competências que mais se evidencia no serviço de urgência, pois a dor é um denominador comum e transversal nas manifestações dos clientes que aí recorrem. Para tal, como avaliação inicial e monitorização da dor no serviço de urgência, utilizei a escala numérica de modo a quantificar as evidências fisiológicas, emocionais e até sociais de mal-estar identificadas, garantindo a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no seu controle e alívio. Segundo o Programa Nacional de Controlo da Dor,

“o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. De facto, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, de acordo com a proposta apresentada pela International Association for the Study of Pain (IASP) ...” (Direcção Geral de Saúde, 2008).

Foi com esta perspetiva que desenvolvi competências neste estágio no serviço de urgência, não só no enquadramento dado à manifestação *Dor* na triagem, como na partilha da informação no seio da equipa de cuidados, de modo a ter disponível, para gestão autónoma, prescrição de terapêutica farmacológica suscetível de administrar em qualquer setor do serviço.

Foram também instituídas medidas não farmacológicas no controlo da dor, tendo por base o conhecimento e a evidência científica. A sua validação deve pressupor mecanismos, meios e atitudes profissionais que permitam avaliar as medidas implementadas, monitorizando essa manifestação durante o episódio de internamento, com registos que permitam avaliar a qualidade e eficácia das mesmas, evidenciando a qualidade da prática profissional e a continuidade dos fenómenos identificados no momento da entrada no SU. De acordo com Davis & Walsh (2004), os clientes a quem a intensidade da dor é avaliada e registada sistematicamente, apresentam considerável redução do quadro doloroso, quando comparado aos que não são monitorizados.

A dor surge assim como algo mais que uma simples manifestação neurofisiológica. É uma realidade complexa, multidimensional e um fenómeno muito subjetivo que modifica as relações interpessoais do indivíduo com os outros e com o ambiente

circundante. Não só na sala de reanimação como também no balcão geral, sala de observação e balcão de trauma, foi necessário mobilizar conhecimentos e estratégias que possibilitassem estabelecer uma relação de ajuda, vista como

uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte (Phaneuf, 2005, p. 324).

A morte ou o medo de morrer é um dos sentimentos mais presente na pessoa que carece de cuidados de saúde no serviço de urgência, sobretudo quando as manifestações incidem na dor torácica.

De forma a amenizar e a tornar eficaz o processo de cuidados, a realização do plano de cuidados na fase aguda deve contemplar todas as necessidades humanas básicas, devendo para isso “o enfermeiro estar atento às necessidades do paciente de oxigenação/ventilação, circulação/perfusão, conforto/controle da dor, segurança, psicossocial, espiritual, entre outros. No tratamento precoce avaliar sinais vitais, acesso venoso, colheita de sangue e manter acesso para medicação endovenosa” (Morton et al., 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010, p. 45). “Simultaneamente o enfermeiro deve elevar o leito para diminuir o desconforto e a dispneia, diminuir a ansiedade com orientações e atitudes apropriadas, pois o medo e a ansiedade aumentam o trabalho cardíaco” (Smeltzer, Bare, 2005; Nettina, 2007, cit Santos & Piaggi, 2010). “Deve-se proporcionar um local tranquilo e silencioso; e no âmbito psicológico, orientar o paciente e os familiares, ouvir os seus medos e esclarecer sobre os procedimentos que serão realizados, tratamento e prognóstico” (Mussi et al., 2007, cit. Santos & Piaggi, 2010, p.46).

“As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde” (OE, 2001). Os cuidados de saúde em ambiente de urgência são orientados para os sintomas e manifestações da doença que em fase aguda compromete a estabilidade e o bem-estar da pessoa e família. No entanto, o desenrolar do estágio permitiu enquadrar momentos de educação para a saúde nos vários setores do serviço, como complementaridade de um processo de cuidados onde “o centro da atenção da

enfermagem deve estar voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa vista como um todo, inserida na família e comunidade e interagindo com os profissionais de saúde” (Carvalho & Carvalho, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1986 na Carta de Ottawa que a Promoção da saúde é um *“processo que permite às populações exercerem um controle muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la”*. O exercício da enfermagem contempla agentes promotores, cuja formação e regulação profissional (Decreto-Lei n.º 437/91 e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de 2001, pela Ordem dos Enfermeiros) assenta em princípios orientados para a promoção da saúde. Mais recentemente continua a ser aceite o conceito de Educação para a Saúde descrito por Tones e Tilford (1994, p.11, cit. Carvalho & Carvalho, 2005) como

toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Esta forma mais objetiva de orientar e dirigir a pessoa e família para as melhores decisões relacionadas com a saúde, aconselhando através do diálogo e capacitando-os a tomar as suas próprias decisões, orientou todo o meu estágio de desenvolvimento de competências no serviço de urgência, procurando o equilíbrio no desempenho prático e educativo, suportado por uma comunicação interpessoal, a qual *“está presente em todos os momentos da atuação do enfermeiro, pelo que este tem de familiarizar-se com estes pressupostos que fundamentam a importância da competência em comunicação e constituem o pilar de sustentação dos cuidados de enfermagem”* (Briga, 2010).

Apesar de prestar cuidados à pessoa nos vários setores do serviço de urgência, a sala de reanimação foi aquele em que permaneci um maior período de tempo, pois era aí que poderia tomar contato com as situações clínicas definidas nos pressupostos do meu projeto e também com situações diversas de cuidados de saúde no contexto de urgência e emergência a pessoas com os mais variados quadros clínicos, que permitisse fundamentar a aquisição e desenvolvimento de competências na área de intervenção à pessoa em situação crítica. Segundo o Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro as competências específicas são *“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos*

cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” Perante a pessoa com EAM em que a continuidade do processo de cuidados se estendia a outro serviço ou hospital, foi necessário decidir, planejar e efetivar (fases do transporte do doente crítico) a transferência do doente crítico para um local onde lhe pudesse ser prestado um melhor nível de cuidados (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [OM & SPCI], 2008, p.9).

A nível intra-hospitalar efetuei transporte de doente crítico para a realização de exames complementares de diagnóstico (TAC); transferências para unidades de cuidados intensivos cirúrgicas, médicas e especialidades (cardiologia). Foi feita a verificação diária da mala de transporte interno e do equipamento necessário para a sua realização em segurança. Para que tal aconteça “os hospitais devem promover a existência de um conjunto de equipamento, em que se inclui uma mala de transporte, desejavelmente no local, onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares. A carga da mala de transporte deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura” (OM & SPCI, 2008, p.14). Foram cumpridos os pressupostos das recomendações, quer na avaliação do tipo de transporte, quer nas condições em que tal se processava.

Quanto às transferências secundárias, tive a oportunidade de as efetuar por 4 vezes, uma para um serviço de internamento de outra unidade hospitalar, sendo o setor de origem o SO, e 3 transportes de doente crítico para o serviço de Hemodinâmica de outro hospital, estes últimos com especial relevância para a minha abordagem à pessoa com EAM. Eram situações agudas de EAM com supradesnívelamento do segmento ST que reuniam as condições para efetuar ICP primária: os doentes apresentavam dor precordial com início há menos de 2 horas e o tempo de transporte estimado para o centro de referência era inferior a 30 minutos, centro esse que assegura a realização de ICP de imediato (ACS, 2007).

A ICP primária (ICPP) é a estratégia de reperfusão preferencial desde que tenha lugar em tempo oportuno e seja executada por equipa experiente. Para assegurar que a ICPP é feita em tempo oportuno, o SEM pode ultrapassar o hospital mais próximo. O tempo oportuno entre o início da fibrinólise e a primeira insuflação do balão varia de 45 a 180 minutos, dependendo do local do enfarte, idade do doente e duração do sintomas (Conselho Português de Ressuscitação, 2010).

Na abordagem à pessoa com EAM e família, sobretudo nesta fase inicial, intervi com base na evidência científica conhecida e atualizada para a intervenção de qualidade, presente na minha atividade profissional, socorrendo-me da avaliação feita na triagem, a qual disponibiliza informação importante nas decisões e consequentes

intervenções. Santos & Piaggi (2010) publicaram um estudo que refletia a percepção do enfermeiro sobre o atendimento à pessoa com suspeita de enfarte agudo do miocárdio, no qual *“os enfermeiros destacaram que em sua opinião a intervenção mais importante para diminuir o agravamento do enfarte agudo do miocárdio é o cuidado integral”*. Para que tal aconteça, é necessário ter em conta *“que todos os aspectos do ser humano influenciam na evolução clínica do enfarte do miocárdio, entendendo que o emocional e o psicológico interferem diretamente na lesão e no prognóstico do paciente”* (Santos & Piaggi, 2010).

Todo este período de desenvolvimento de competências, assente na prestação de cuidados, primou por condutas ajustadas às diretrizes e normas recomendadas pela Comissão de Controlo da Infecção (CCI), de acordo com o Plano Nacional de Controlo de Infecção (DGS). No entanto, fiz uso de habilidades e aptidões específicas, como por exemplo na lavagem das mãos, técnica asséptica, prevenção da infecção e na esterilização, correspondendo às responsabilidades do enfermeiro no controlo da infecção: a implementação da prática baseada na evidência e não nos rituais (Ward, 2001). No âmbito deste estágio, pelas características do serviço (situações de urgência) e do próprio estágio (ambiente novo para mim), reforcei as medidas de segurança não só pessoais como também como veículo da transmissão entre pessoas cuidadas, pois as IACS podem também afetar os profissionais de saúde no exercício da sua atividade, sobretudo no decurso de manobras de reanimação em que o enfermeiro está exposto a tais situações, tendo adotado medidas para garantir a minha segurança. Sendo uma situação extremamente urgente e acompanhada, habitualmente de grande stresse, por vezes ocorrem falhas na segurança. O reconhecimento dos riscos para o reanimador faz parte integrante dos algoritmos de reanimação preconizados pelo ERC (European Resuscitation Council). Como complemento, mantive a lavagem e/ou desinfecção das mãos entre intervenções e entre cuidados a diferentes pessoas, como um ato de prevenção das infeções, contextualizando-a na competência em que ***maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.***

4.2. Serviço de Hemodinâmica

A minha passagem pelo serviço de Hemodinâmica do Hospital B enquadrou-se numa perspetiva observacional cujos objetivos previamente definidos foram na sua totalidade conseguidos. Decorreu entre o dia 10 e 19 de Dezembro de 2012 e permitiu-me verificar junto dos enfermeiros desse serviço uma informação por mim detida e cuja abordagem neste projeto é tida como uma premissa a desenvolver. Diz respeito à forma como a informação do doente coronário acometido de dor torácica no contexto de EAM, é registada e transmitida, quer a porta de entrada seja o serviço de urgência, quer seja o pré-hospitalar.

Existe um défice ou um registo inadequado da avaliação da pessoa com dor torácica, que compromete em muitas circunstâncias a transmissão da informação e a consequente continuidade dos cuidados. Tal facto tem na sua génese fatores como o instrumento de registo, a interoperacionalidade das aplicações informáticas ou a situação do enfermeiro que assegura o transporte da pessoa não ser o mesmo que efetua o acolhimento e elabora a avaliação inicial no serviço de urgência (OE, 2007).

Foi um período em que depois de conhecer a estrutura física do serviço, pude tomar contato com a sua estrutura organizacional, sobretudo os circuitos existentes, privilegiando para o efeito os circuitos de circulação da informação na continuidade dos cuidados à pessoa com EAM submetida a angioplastia. Trata-se de uma realidade prática não muito diferente daquela onde exerço funções, sendo os protocolos de atuação semelhantes aos por mim utilizados, pois a uniformidade de comportamentos na abordagem à pessoa com EAM tem-se desenvolvido nos últimos anos, podendo desta forma comparar-se resultados e a qualidade das práticas, hoje em dia muito invocadas. As diferenças encontradas são sobretudo nas aplicações informáticas e na organização da colheita e registo de informação. São sentidas pela equipa de enfermagem as mesmas preocupações e necessidades, articulando-se com as unidades de cuidados intensivos coronários sob o mesmo preâmbulo de atuação e transmissão de informação: diferentes programas informáticos e diferentes linguagens para diferentes serviços.

Estamos perante um obstáculo ao desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros, que na sua prática diária processam e documentam muita informação, garantindo produção de prova documental da assistência, a qual constitui um recurso para os

processos de gestão, de formação e investigação, tendo também impacto na promoção da continuidade dos cuidados (OE, 2007).

O enfermeiro, como profissional da equipa multidisciplinar de saúde e líder da equipa de enfermagem, deve desenvolver maneiras seguras e eficazes de cuidar. Se a prática de formas sistematizadas de cuidar melhora a qualidade da assistência, contribuindo para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde (Lima, Pereira, & Chianca, 2006), a informação registada reveste-se de importância fundamental pelo que representa na continuidade dos cuidados à pessoa, sendo do maior interesse na avaliação do seu estado clínico, no conhecimento da progressão da doença, nas decisões tomadas e nos procedimentos adotados. Para isso, deve ser autêntica, não suscitando interpretações ilícitas; usar linguagem clara, concisa, pertinente e objetiva. A terminologia deve atender aos princípios da realidade científica (Rodrigues & Cordeiro, 2007). Não só a qualidade dos registos é importante na continuidade dos cuidados, como também as plataformas para registo representam um importante fator a ter em conta nessa continuidade. A existência de vários programas cuja aplicação e preenchimento obedecem a diferentes critérios, onde a ausência ou o registo da informação surge frequentemente desajustada das necessidades para o planeamento e prestação de cuidados de saúde, é um dos fatores a atender quando se aborda a continuidade de cuidados. As aplicações informáticas de suporte ou outros dispositivos complementares deverão funcionar de modo integrado com os módulos existentes ou em desenvolvimento, estando em conformidade com as normas internacionais de referência e o estado da arte no momento da sua criação (OE, 2007).

Por tudo isto torna-se necessário garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem. Aliás, esta é uma necessidade cada vez mais premente numa área em que o cidadão necessita de ser acompanhado ao longo do ciclo vital, de mobilidade geográfica e local ou do contexto da prestação de cuidados, incluindo outros setores tradicionalmente não integrados na saúde, como é o caso do setor social (OE, 2007). Com a crescente informatização dos serviços de saúde, torna-se necessário adaptar os programas informáticos às realidades do serviço de hemodinâmica, pois a informação avaliada e neles contida tem tido cada vez mais relevância no processo de tomada de decisão. Para tal, os Sistemas de Informação de Enfermagem deverão possibilitar a

gestão da informação (máximo/mínimo) em qualquer ponto do contínuo processo de cuidados e na produção do conhecimento de enfermagem, permitindo documentar a prática de enfermagem nas suas diferentes perspetivas (legais, éticas, gestão, formação, qualidade,...) (OE, 2007).

A continuidade dos cuidados ao doente crítico com EAM pode ser conceptualizada sob múltiplas perspetivas. Todavia, devemos reconhecer que, naquilo que se reporta à questão da informação relevante para a continuidade dos cuidados, o contexto multiprofissional e disciplinar da saúde que são a estrutura do atendimento, desafiamos a conceber soluções de partilha de dados efetivamente potenciadoras de qualidade na assistência. Essa informação é fundamental para a garantia da qualidade e continuidade de cuidados, contemplando não só a informação sobre o processo de cuidados atual, como também a informação complementar sobre o processo envolvido nos cuidados de enfermagem e a informação sobre o histórico do processo de cuidados de enfermagem (OE, 2007). Estas três áreas da informação englobam as respetivas dimensões, que neste contínuo de assistência ao doente crítico com EAM desde a sua entrada no sistema (SU ou INEM), passando pelo serviço de Hemodinâmica, onde após o tratamento, é feito o seu encaminhamento para as unidades de cuidados intensivos (Coronários).

É neste sentido que, otimizar os sistemas de informação da saúde e o fluxo de informação nas instituições de saúde necessita de ser encarado como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão (ACSS, 2009), realidade à qual a Enfermagem não pode ficar alheia (Brunt, Gifford, Hart & McQueen-Goss, 1999, *cit.* Sousa, 2006).

4.3. Serviço de Cuidados Intensivos

A última etapa do estágio teve lugar na unidade de cuidados intensivos coronários do hospital C, no período compreendido entre 4 de Janeiro e 15 Fevereiro de 2013. Optei por tal serviço e pelo referido hospital, pois mantendo uma lógica de continuidade e pretendendo intervir, melhorando ou colocando alternativas, no circuito da pessoa e família com EAM submetido a tratamento por angioplastia, fazia sentido esta opção.

O conceito clássico de Unidade Coronária foi substituído pelo de Unidades de Cuidados Intensivos de Cardiologia, estas com maior abrangência e com crescente

diferenciação quer tecnológica quer dos cuidados prestados, como consta no regulamento nº 124/2011, publicado em Diário da República, 2.^a série - N.º 35 - 18 de Fevereiro, cuidados *“altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”*.

Nesse mesmo regulamento *“a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*. Esta premissa orienta a prática em cuidados intensivos, a qual se desenvolve em duas vertentes constantes e simultâneas na procura de soluções para as manifestações evidentes e alívio das mesmas, das quais resulta o controlo da situação clínica. Esse controlo permite antever e despistar com precocidade sinais de instabilidade, numa dinâmica de promoção da saúde e preparação para a alta. Este foi o princípio que ao longo de 22 anos orientou a minha prática em cuidados intensivos, não só coronários como, sobretudo, polivalentes. O olhar que este ensino clínico me permitiu ter, corroborou essa vertente operacional da profissão, complementando-a com a base científica para a qual a sua frequência veio cimentar.

Foi notório em toda esta fase do estágio o emergir do saber experiencial e do saber da prática, pois *“a prática como campo de aplicação do conhecimento é ainda hoje a tendência dominante”* (Rebelo, 1998). É na prática que o saber se aplica e se evidencia *“com diferentes características: científico-técnico e/ou normativo-técnico, humanista e vocacional”* (Amendoeira, 2004), sendo pela prática que o enfermeiro contextualiza os saberes abstratos, tornando-se um profissional mais apto para liderar o processo de cuidados, reconhecendo no cliente de cuidados um parceiro, singularizando a sua intervenção e valorizando a pessoa cuidada como o centro de todo o processo de cuidados, utilizando para tal o saber profissional (Amendoeira, 2004).

A transferência destes conceitos para o referido estágio teve a sua visibilidade em várias áreas de intervenção de enfermagem, nas quais houve não só da minha parte a responsabilidade pelo processo de cuidados da pessoa atribuída (preferencialmente pessoas com situações clínicas de EAM em fase aguda, submetidas a angioplastia coronária), como também o desempenho diferenciado

como autonomia teórica e prática em áreas como técnicas contínuas de substituição da função renal (hemodiafiltração), suporte ventilatório, assistência ventricular e hipotermia terapêutica. Quanto a este último tema, foi-me proposta colaboração na elaboração de uma norma de procedimento para o serviço, na qual vim a colaborar com duas colegas, sendo hoje um instrumento de trabalho no auxílio ao início desse protocolo terapêutico como também à sua manutenção. Também foi possível partilhar com a equipa o conhecimento adquirido no âmbito da pessoa com doença coronária submetida a angioplastia, na vertente das novas perspetivas para o tratamento, dispositivos, terapêutica e outras áreas de intervenção de enfermagem como a desnervação das artérias renais (tratamento da HTA) e implantação de válvulas aórticas por via percutânea.

O desenvolvimento de competências neste estágio teve uma perspetiva diferente do efetuado no serviço de urgência, pois o seu enquadramento e o seu contexto coincidiam com a minha área de desempenho profissional. Tornou-se proveitoso, pois permitiu-me intervir na continuidade do processo de cuidados à pessoa com EAM e família, submetida a tratamento por angioplastia. Para isso, o planeamento dos cuidados privilegiou a pessoa e a família. Apesar dos clientes admitidos em cuidados intensivos terem necessidades físicas que têm prioridade, procurei uma abordagem à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, englobando a família ou pessoa representativa, não só facultando a sua presença como também promovendo a sua integração no processo de cuidados, com relevância na preparação para a alta.

A entrada da pessoa com EAM nas unidades de cuidados intensivos facilita a monitorização intensiva da sua condição, dispondo para o efeito de equipamentos e alta tecnologia especializada para apoiar o acompanhamento rigoroso. Geralmente o rácio enfermeiro/doente nas UCIs é maior, facilitando a relação interpessoal enfermeiro – cliente, permitindo mais facilmente a observação física do doente e a intervenção imediata em situações de emergência. Devido às implicações do EAM na estrutura e na função cardíaca, existe um maior número de complicações potencialmente fatais que exigem tratamento imediato. Cabe à equipa de saúde monitorizar o doente de perto, para despiste de eventos como anomalias do ritmo cardíaco e falha do efeito de bomba do coração (Timmins, 2005).

No contínuo de cuidados à pessoa com EAM, é realmente *“importante valorizar a dor, torná-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação*

que o outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e que o enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 8). A dor vista como *“um tipo de sensação com características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjetiva de sofrimento intenso (...), a duração da dor; o aparecimento súbito da sensação de dor associada a lesão aguda dos tecidos, marcada por respostas automáticas”* (International Council of Nurses, 2003, p. 36), tem reflexo na dor cardíaca, definindo um quadro de características próprias que servem de alerta para a pessoa como também para o enfermeiro quando a monitoriza, neste caso através da escala numérica da Dor (0 a 10).

Esta manifestação (dor torácica) ocorre devido à redução prolongada do fluxo de sangue ao músculo cardíaco (miocárdio), devido à formação de trombos e a agregação das plaquetas do fluxo sanguíneo através de uma oclusão da artéria coronária, o qual é geralmente associada com a pré-existência de placas ateroscleróticas (Quinn et al. 2002, cit. Timmins, 2005). Torna-se importante e urgente permeabilizar a artéria obstruída, pois se a redução do fluxo sanguíneo persistir por mais de 2 horas, pode haver danos permanentes no miocárdio com consequente perda de função (Timmins, 2005). A sua avaliação/monitorização confere à pessoa espaço e segurança para poder verbalizar como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”* (OE, 2008, p. 11). Como enfermeiro, tive sempre presente que a avaliação é fundamental para o controlo da dor, e que as minhas intervenções autónomas e interdependentes devem ser documentadas e englobadas num processo de cuidados à pessoa com EAM, que inclui a avaliação, o controlo e o ensino (OE, 2008).

Dei continuidade ao processo de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados, iniciados na urgência ou no pré-hospitalar, na avaliação e quantificação da dor (Escala Numérica). Considerada como o 5.º sinal vital, a dor passou a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados. A sua avaliação tem *“caráter pessoal e subjetivo da experiência de dor dando relevância ao auto-relato, ao afirmar que dor é aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”* (OE, 2008, p.15). O controlo da dor assumiu-se como intervenção importante no âmbito das competências ao nível dos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, em

que o enfermeiro toma por foco de atenção a dor (neste caso em particular na pessoa com EAM), contribuindo para a satisfação do cliente e do seu bem-estar. Pela proximidade constante da pessoa, foi possível interligar as suas manifestações no seio da equipa pluridisciplinar, cabendo-me a responsabilidade de assegurar a execução das intervenções interdependentes, através de um processo de complementaridade, monitorizando o efeito da medicação efetuada no seguimento de prescrições farmacológicas (OE, 2003).

Neste âmbito, a **gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos** foi por mim conseguida nas várias áreas da sua aplicação. Na continuidade da angioplastia em contexto de EAM, a utilização de abciximab (reo-Pro) é frequente. A angioplastia primária é a estratégia de reperfusão de escolha em pessoas com EAMCST. Apesar dos benefícios da ICP, o dano no miocárdio não se interrompe integralmente com a simples permeabilização da artéria epicárdica, pois a obstrução microcirculatória pode persistir. Nesse sentido, a melhoria do fluxo miocárdico, com a utilização de terapêuticas antitrombóticas adjuvantes, é essencial para salvaguardar as células miocárdicas. Os inibidores da GPIIb/IIIa são os mais utilizados por produzirem elevado grau de inibição plaquetária (Moraes & Giraldez, 2011). A intervenção de enfermagem inclui não só a preparação e administração da medicação (“bólus”, que representa dois terços do tratamento) como também a continua monitorização durante 12 horas (restante um terço do tratamento), despistando complicações, como hemorragia dos locais de punção, acesso para angioplastia, mucosas, hipotensão, disritmias e alterações analíticas, o que prevê colheitas de sangue seriadas e contínua observação da pessoa no seu todo.

Foi esta situação da pessoa e família a vivenciar implicações de EAM que serviu de tema para a elaboração de um estudo de caso que me possibilitou abranger a continuidade dos cuidados, refletir as práticas com base nas evidências científicas pesquisadas e sobretudo enquadrar toda a prática de cuidados no âmbito do Processo de Enfermagem, muitas vezes aplicado, mas nem sempre com a visibilidade necessária para lhe conferir a importância desejada e necessária.

Em fase aguda de EAM com supradesnivelamento do segmento ST, foi possível prestar cuidados à pessoa após angioplastia coronária, em situação de choque cardiogénico, na qual foi colocado balão intra-aórtico (BIA). O BIA é um dispositivo de suporte circulatório, funcionando segundo o princípio da contrapulsção, do qual resulta um aumento da pressão arterial diastólica (e consequentemente da pressão

arterial média), com melhoria da perfusão coronária. A otimização do seu funcionamento induz diminuição da impedância à ejeção ventricular (pós-carga) (Vranckx & Serruys, 2004). Trata-se de um balão de polietileno montado num cateter que é geralmente inserido na aorta através da artéria femoral. O balão é avançado para dentro da aorta torácica, sendo a extremidade distal posicionada a aproximadamente 2 cm da artéria subclávia esquerda e acima das artérias renais. O balão é insuflado com hélio, um gás inerte, que é facilmente absorvido na corrente sanguínea em caso de rutura accidental do balão (Vranckx & Serruys, 2004).

A sua utilização eletiva em doentes com a função ventricular esquerda deprimida (FE <30%) mostrou-se eficaz, reduzindo efeitos adversos cardíacos e cerebrais, reduzindo alterações hemodinâmicas e isquémicas durante e após ICP, sendo utilizado em associação com monitorização hemodinâmica invasiva para otimizar o tratamento farmacológico, melhorando a perfusão coronária (Vranckx & Serruys, 2004).

O desempenho na prestação de cuidados à pessoa com BIA fez-se de forma a abranger as áreas de intervenção de enfermagem à pessoa e família. A importância da avaliação de enfermagem e a seleção das intervenções apropriadas para minimizar a morbilidade associada à manutenção do BIA não pode ser subestimada, pois a taxa de mortalidade é elevada. A complexidade dos cuidados envolvidos e a sua gestão orienta os enfermeiros de cuidados críticos para a prática de cuidados assente na prevenção e deteção de potenciais complicações, como isquémia do membro, síndrome compartimental, disseção da aorta, deslocamento do cateter, sinais de hemorragia, infeção, rutura do balão e alteração da integridade cutânea (Reid & Cottrell, 2005). Devido ao elevado potencial para complicações vasculares de longo prazo relacionado com a utilização de BIA, a avaliação vascular periférica deve manter-se durante pelo menos vários dias depois de retirado o cateter. A utilização da assistência ventricular esquerda com BIA deve conter princípios relacionados com prevenção, reconhecimento e gestão de complicações como foco de atenção (Reid & Cottrell, 2005).

Sempre que as condições da pessoa cuidada o permitiram, foi-lhe explicado e aos seus familiares todos os procedimentos, ajudando-os a compreender as noções básicas do BIA e o porquê da limitação da mobilidade e da necessidade em cumprir tais indicações. Nos casos vivenciados, a abordagem arterial foi via femoral, o que permitia o repouso completo com a cabeceira da cama elevada a não mais do que

30 °, pois existe risco de hemorragia no local de inserção do cateter. A pessoa e família devem dispor de informação para colocar pressão sobre o local de inserção, quando tossir ou espirrar, notificando o enfermeiro quanto à presença de dor no membro, sensação de queimadura repentina ou humidade no local de inserção (Reid & Cottrell, 2005).

Tal comportamento foi por mim instituído na preparação para a alta, instruindo o doente e a sua família sobre os sintomas indicativos de alterações circulatórias periféricas (por exemplo, formigueiro, dormência, frio, palidez e dor). Uma vez em casa, os doentes e família devem ter conhecimento que se ocorre qualquer dor na extremidade do membro ao caminhar (claudicação intermitente) ou quando em repouso, especialmente à noite, deverá contactar o hospital. Devem entender que qualquer alteração é grave e requer avaliação imediata. Inspeccionar os pés diariamente para despiste de vermelhidão, pontos de pressão ou úlceras, especialmente no dedos dos pés, são conhecimentos que devem ser comunicados (Reid & Cottrell, 2005).

Por outro lado, como consequência da doença cardíaca isquémica (e também valvular) poderá instalar-se um quadro de má função ventricular esquerda, conduzindo a situações de insuficiência cardíaca congestiva. A utilização do levosimendan é prática comum nesta unidade sobretudo nos casos clínicos em que a otimização terapêutica está no seu limite máximo. O levosimendan é um inodilatador com modo de ação duplo: aumenta a sensibilidade da troponina C ao cálcio e atua como vasodilatador ao promover a abertura dos canais de potássio sensíveis ao ATP. Melhora os sintomas hemodinâmicos, aumenta a sobrevivência e reduz o período de internamento dos doentes com insuficiência cardíaca descompensada. Tem como vantagens a manutenção da eficácia em doentes que fazem b-bloqueantes, ausência de taquifilaxia e aumento mínimo na frequência cardíaca. O levosimendan é um medicamento alternativo à dobutamina no tratamento da insuficiência cardíaca, uma vez que combina efeitos inotrópicos e vasodilatadores (Bocchil, et al., 2008).

Para além dos cuidados inerentes à preparação do medicamento para perfusão (forma de preparar, concentração e unidades que se apresenta), calcular a dose a infundir e o débito por hora em função do peso e da dose prescrita; colocar e utilizar acesso venoso periférico exclusivo para infusão da medicação vasoativa; registar volume infundido por hora; programar monitor para avaliação da Pressão Arterial a

cada 15 minutos numa fase inicial, e avaliação horária quando estabilizado e efetuar registo de sinais vitais a cada hora na respetiva folha de registo (Hospital Israelita Albert Einstein, 2006).

Quanto às intervenções autónomas, foi da minha exclusiva iniciativa como enfermeiro assumir a responsabilidade pela elaboração de uma avaliação inicial com base num documento de colheita de dados existente (avaliação inicial concebida no serviço para a aplicação SAPE, utilizando linguagem CIPE); monitorização da dor com a utilização da escala numérica e também utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica, selecionando as consideradas da preferência da pessoa, em consonância com os objetivos do tratamento e também a evidência científica disponível para cada situação (OE, 2008).

Em todo este processo de gestão e controlo da dor, em particular na pessoa com EAM, foi transversal o seu envolvimento, respeitando o princípio ético da autonomia, não só facultando informação clínica e do método utilizado na monitorização da dor, como também acerca de medicação e dos seus efeitos secundários, minimizando a ansiedade despoletada por tais manifestações. Na cultura institucional da unidade de coronários, é facto comum o desempenho de funções envolvendo a família ou pessoa de referência na colheita de dados, durante o processo de cuidados e no planeamento da alta, através de um *“processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la”* (OMS, 1986). Como refere Senge (2007), as organizações que aprendem são as que incentivam as pessoas a desenvolverem constantemente as competências nas áreas da aspiração coletiva, da reflexão e da compreensão da complexidade, onde as pessoas estão continuamente a aprender em conjunto. Dispondo de tais condições, rentabilizei-as no meu processo de desenvolvimento de competências, com base na premissa que

as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, 2001, p.9).

É necessário ter em conta a realidade de natureza stressante desencadeada pela hospitalização de um membro da família na unidade de cuidados intensivos coronários (Jamerson, Scheibmeir, Bott, Crighton, Hinton, & Cobb, 1996), contemplando esse sentimento no planeamento e no processo de cuidados. Para

melhor atender as necessidades da família de informação, o enfermeiro deve antecipar o tipo de informação necessária e fornecer regularmente atualizações do estado de saúde do familiar internado. A família também deve ser orientada para o ambiente da UCI e das suas rotinas, ajustando sempre que possível a sua disponibilidade à sua manifestação de interesse, procurando conhecer as experiências anteriores da família com hospitais, especialmente UCI, pois a experiência anterior afeta a sua capacidade para lidar com a situação atual (Jamerson, Scheibmeir, Bott, Crighton, Hinton, & Cobb, 1996).

Como já referido, a intervenção coronária percutânea é o tratamento de eleição para as situações de EAM desde que cumpridos os critérios anteriormente descritos. Ao longo dos anos, a escolha da via de acesso para angioplastia veio a mudar, vindo a opção a recair sobre a via radial. Esta diminui indiscutivelmente a incidência de grandes hematomas e de pseudoaneurismas. Apesar de tais desfechos não aumentarem a mortalidade dos doentes, certamente podem ser considerados como uma morbilidade importante. Por outro lado, em doentes com EAM com supra ST, os dados revelam diminuição da mortalidade com a utilização do acesso via radial para o procedimento e, ainda, diminuição de complicações decorrente do EAM, tais como: hemorragia, AVC, morte, (Jolly, et al., 2011). As situações por mim vivenciadas neste período reportam-se a pessoas acometidas por síndrome coronário agudo com supradesnívelamento do segmento ST cujo tratamento foi a intervenção coronária (angioplastia) por via radial e também femoral.

A forma como é despoletada a sua entrada no sistema de saúde (via serviço de urgência ou pelo pré-hospitalar - VMER e Helitransporte) condiciona a avaliação inicial à pessoa e família na unidade de cuidados intensivos. Timmins (2005) considera que a avaliação inicial, que pode ter lugar na comunidade, departamento de emergência ou enfermaria, dependendo das circunstâncias, deve ser realizada com o mínimo desperdício de tempo necessário para assegurar que a condição da pessoa permite o diagnóstico rápido e o tratamento adequado, de forma imediata. Foi importante a colheita de dados na avaliação inicial, iniciando-se na unidade na situação da pessoa encaminhada para o serviço de hemodinâmica diretamente pelo pré-hospitalar e dando-se continuidade à mesma nas situações clínicas vindas dos serviços de urgência.

Toda esta informação foi registada em local próprio (ainda em papel), permitindo avaliar a evolução da situação, assegurando a continuidade de cuidados. “A

existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p.15), permite, conforme descreve o REPE (1996), *“assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”*. Apesar da existência de vários tipos de suporte para os registos efetuados, torna-se premente assegurar a sua interligação, garantindo que a informação transmitida oralmente tenha continuidade e seja suportada pela escrita.

Este era um campo no qual tinha planeado intervir, tendo-o vindo a fazer de forma ponderada, em articulação com o serviço de cardiologia, decorrendo a minha intervenção da seguinte forma:

1. Melhoria e implementação dos registos de enfermagem no Serviço de Hemodinâmica, após validação junto da equipa da necessidade em reformular as avaliações contempladas na aplicação informática, no âmbito da avaliação inicial e também dos registos das intervenções no Pré hospitalar ou SU (entre Novembro e Dezembro 2012).
2. Formação dos enfermeiros nas unidades de articulação com o serviço (UCA e UCPA) para proceder à sua implementação (Dezembro 2012).
3. Reunião com Enfermeira chefe do serviço de Cardiologia para definir estratégias para a implementação da utilização da aplicação informática no serviço, pondo de parte a impressão em papel do referido registo (Dezembro 2012).
4. Reunião com o departamento informático do hospital para instalação e configuração da aplicação (início de Janeiro 2013), que incluiu a configuração de utilizadores pelos enfermeiros, links para o programa e sobretudo acesso via SAPE para a consulta do respetivo registo.
5. Formação e utilização da aplicação informática na prestação de cuidados à pessoa com EAM submetido a angioplastia coronária (Janeiro e Fevereiro 2013).

Foi deveras proveitoso e interessante verificar que apesar da existência de aplicações diferentes, elas podem comunicar entre si, fazendo dos sistemas de informação

um instrumento de melhoria da qualidade e redução de custos pela partilha de conhecimento (...) apoio à decisão, recolha e comunicação de informação clínica, sistemas de alerta, monitorização de indicadores e consequente avaliação. Influenciam a prestação de cuidados, através de mecanismos como os lembretes computadorizados, a prescrição informatizada, os sistemas computadorizados de suporte à decisão clínica (...). Permitem a redução dos erros de medicação, a recuperação e disponibilização da informação em tempo real, de forma legível e codificada (ACS, 2011).

Neste âmbito organizacional, as unidades de cuidados intensivos representam na sua estrutura física um espaço tecnologicamente preenchido e desenvolvido, na perspetiva de disponibilizar meios de apoio prático, na prestação de cuidados de saúde através da informação conseguida pela sua correta utilização. Aos enfermeiros cabe desenvolver capacidades na utilização técnica dos meios tecnológicos, primando pela individualização dos cuidados e a adequada objetividade desses cuidados ditos tecnológicos (Locsin & Purnell, 2007). Este meio predominantemente tecnológico, disponível nos serviços de saúde e utilizado na prestação de cuidados, deve ser gerido pelo enfermeiro de forma a minimizar o impacto na pessoa com EAM. Desde a sala de Hemodinâmica até à unidade de cuidados intensivos é algo que está presente. O cuidar deve ser uma atitude abrangente e relacional e não a simples utilização de meios na implementação das intervenções; deve ter por base a relação humana, considerando a pessoa o enfoque dos cuidados, e não somente a valorização tecnológica necessária na situação, em que a pessoa é vista como um humanoide (Locsin & Purnell, 2007).

Após intervenção coronária percutânea, tive a oportunidade em prestar cuidados à pessoa com EAM submetida a técnicas de substituição da função renal – hemodiafiltração venovenosa continua. Foi também possível no período de estágio, prestar cuidados à pessoa reanimada de morte súbita (paragem cardio-respiratória não presenciada) com causa cardíaca diagnosticada no pré-hospitalar, e que após angioplastia coronária iniciou protocolo de hipotermia terapêutica. Diz-se que há hipotermia quando a temperatura corporal baixa dos 35°C, de forma não intencional. (European Resuscitation Council, 2010, p. 1408). A hipotermia terapêutica contempla a hipotermia ligeira (35 °C a 32 ° C) resultando num efeito neuroprotetor com melhoria dos resultados após um período de hipoxia cerebral global por isquémia (European Resuscitation Council, 2010). A sua utilização aconteceu em dois casos clínicos de pessoas reanimadas num contexto de PCR não presenciada na via pública, despoletadas por EAM, com intervenção coronária percutânea da artéria alvo, cuja continuidade do tratamento incidiu na hipotermia terapêutica. Os

mecanismos de ação desta técnica envolvem múltiplos fatores, entre eles: redução do metabolismo cerebral de ativação e basal, diminuição da cascata inflamatória que segue aos eventos cerebrais traumáticos, proteção contra isquemia neural e de células miocárdicas. *“Consequentemente, haveria maior preservação da barreira hematoencefálica, menor tendência à vasodilatação, redução da pressão intracraniana e manutenção da função mitocondrial”* (Anjos, Santiago, Cerqueira, & Moraes, 2008, p. 76).

A implementação deste protocolo terapêutico decorreu de acordo com a evidência científica conhecida para o efeito, nas várias fases da sua operacionalização: avaliação pré-indução, indução, manutenção e reaquecimento. Para tal colaborei na elaboração da norma no serviço, cujo objetivo pretendia uniformizar comportamentos e procedimentos na implementação do protocolo de hipotermia terapêutica, pois o envolvimento e a formação da equipa de enfermagem permite desenvolver (com base na pesquisa cuidada e implementação de protocolos) capacidades nos enfermeiros tornando-os agentes de mudança da prática clínica (Kozik, 2007).

Apesar de a sua utilização não ser tão ampla na prática clínica, principalmente pela falta de estrutura dos hospitais e estudos a respeito dos benefícios e complicações, (Anjos, Santiago, Cerqueira, & Moraes, 2008), torna-se necessário o aprimoramento dos profissionais a respeito de sua utilização, sendo o comportamento da equipa de enfermagem baseado na investigação e em padrões científicos conhecidos, importante no desenvolvimento do conhecimento, evidenciado pela capacidade da equipa em operacionalizar tal conhecimento, promovendo desta forma o reconhecimento e a excelência da prática da enfermagem (Kozik, 2007), conferindo a hipotermia terapêutica como um tratamento altamente promissor (Anjos, Santiago, Cerqueira, & Moraes, 2008).

Uma outra área de intervenção e desenvolvimento de competências situou-se no âmbito da insuficiência renal aguda pós-EAM. O desenvolvimento de IRA após procedimentos de urgência (ICP primária) é de natureza multifatorial e com incidência considerável. Dentre as particularidades que contribuem para a ocorrência de IRA, destacam-se a presença de hipotensão ou choque, a utilização de maior volume de contraste e a impossibilidade de se realizar estratégias terapêuticas de prevenção da nefropatia induzida pelo contraste, em especial a pré-hidratação com solução salina (Passos, et al., 2008). Para responder a estas

necessidades orgânicas de substituição da função renal, no caso específico das Unidades de Cuidados Intensivos, são utilizadas técnicas dialíticas contínuas ou intermitentes, considerando o estado hemodinâmico dos doentes.

O melhor método dialítico apropriado para os doentes hemodinamicamente instáveis é ainda bastante controverso. As técnicas dialíticas contínuas são as mais frequentemente utilizadas nas unidades de cuidados intensivos, em especial quando coexiste algum tipo de suporte circulatório com aminas. O início e manutenção do tratamento requerem observações e intervenções de enfermagem cuidadosas e essenciais, bem como uma gestão precisa dos fluidos entrados e saídos (Chulay & Burns, 2012, p. 393). Prevê várias fases na sua implementação: a preparação da máquina em função do tratamento e do tipo de anticoagulação a instituir (heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular ou citrato de sódio), a escolha e colocação do acesso venoso (cateter de diálise provisório ou definitivo), a preparação da pessoa e família para o tratamento, encorajando-os a exprimirem as suas preocupações, ansiedades e medos (alterações físicas, psíquicas, afetivas e sociais), fornecendo instrumentos para lidar com as alterações da auto-imagem, tendo presente a vulnerabilidade pessoal e familiar (Barros, Goncalves, Manfro, & Thome, 2007).

No contínuo do tratamento, é exigida uma monitorização cuidadosa da pressão arterial média, débito urinário, débito cardíaco, pressão venosa central, pressão de oclusão da artéria pulmonar, pesagem diária e monitorização da anticoagulação. O enfermeiro de cuidados intensivos assume uma responsabilidade primária no reconhecimento precoce e na intervenção inicial para os problemas do doente e do sistema de diálise ou extracorporeal. Para que tal aconteça, deve contemplar no processo de cuidados intervenções que permitam a monitorização ácido-base e bioquímica cuidadosa (Chulay & Burns, p. 393, 2012).

Em ambiente de cuidados intensivos, as técnicas terapêuticas e de diagnóstico são normalmente invasivas, favorecendo potencialmente a ocorrência de infeções graves.

as IACS são uma das principais causas apontadas para o aumento da morbilidade e mortalidade em meio hospitalar, e também um dos principais contributos para o aumento das despesas em Saúde. O prolongamento do tempo de internamento contribui naturalmente para este aumento de custos, devido a ocupação prolongada de uma cama, a utilização prolongada de fármacos mais dispendiosos, pelas necessidades acrescidas de meios e exames de diagnóstico e também a possível necessidade de isolamento. (Oliveira, 2009).

Por outro lado, tendo conhecimento que a principal via de transmissão cruzada pessoa a pessoa, é *“através do contacto direto entre as mãos dos profissionais de saúde hospitalar, das visitas e entre os doentes”* (Oliveira, 2009), procurei ter presente e operacionalizar as diretrizes emanadas pela CCI, sobretudo as referentes à higienização das mãos. *“Esta via de transmissão é também a mais fácil de eliminar dado que a cuidadosa lavagem das mãos constitui uma solução simples e extremamente eficaz”* (Oliveira, 2009). A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde.

Desenvolvi competências e reforcei o conhecimento detido sobre o doente crítico, estruturando esse saber nas suas várias dimensões, do qual resultou uma perspetiva global das áreas de intervenção de enfermagem, em especial á pessoa com EAM, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta implica, não só, o conhecimento científico e a necessidade de adequá-lo a cada pessoa, mas também a liderança para essa mesma qualidade, estimulando a formação dos profissionais e o trabalho em equipa, proporcionando perspetivas sobre diferentes ângulos da realidade, criando envolvimento e compromisso efetivo, fundamental para a evolução do desempenho e da organização. Daí que a OE (2002), através do Conselho de Enfermagem, ao descrever os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, mencione que a *“qualidade exige reflexão sobre a prática (...) e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”* (OE, 2002, p.5).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório procurou confinar num documento escrito, não só a perspectiva sobre o desenvolvimento de competências durante o estágio deste mestrado, como também o olhar entre os vários tipos de saberes, numa dinâmica de aprendizagem resultante do intercâmbio entre o saber da prática e o conhecimento científico, aqui interligados e enquadrados numa visão académica sustentada na reflexão científica. Os saberes daí resultantes desenvolvem-se e transformam-se por processos próprios, assumindo-se como conhecimento em enfermagem como resultado de um percurso efetuado, à semelhança do que desenvolvi nesta simbiose entre formação e prática de cuidados.

Afigura-se-me dizer que o contexto da prática assume-se como o local de excelência de interações, de construção de saberes e de reflexão, ou seja, *“o sentido que o enfermeiro dá à sua prática está ligado ao seu conceito de cuidados de enfermagem, à forma como concebe a saúde e o ambiente e ainda à conceção que tem da pessoa, como sujeito dos seus cuidados”* (Basto & Portilheiro, 2003). Nesta perspectiva, a prestação de cuidados sustentada em modelos teóricos deve enquadrar os princípios da prática de cuidados, não limitando aos seus conceitos, o exercício da profissão. Essa abrangência deve privilegiar o resultado da conjugação do saber resultante da prática e dos conceitos e critérios descritos em cada um dos modelos. Limitar a arte do exercício da profissão (pois a enfermagem tem tanto de pessoal como a singularidade da relação conseguida entre duas pessoas) aos critérios e conceitos que as teorias definem, condiciona o planeamento e a operacionalização dos cuidados. A enfermagem como ciência e a sua relevância social deve surgir para mim da harmonia entre estes dois paradigmas estruturais cada vez mais presentes no ensino e no desempenho profissional: formação e prática de cuidados. A elaboração deste relatório surge com um contributo ambivalente: formação pessoal e partilha profissional, em que a visão do ensino e do exercício da profissão projetam a (re)construção do profissional, como resultado da interação entre essas duas vertentes (formação e prática de cuidados).

Desse intercâmbio, surgiu-me como dificuldade, no estágio de serviço de urgência, a prestação de cuidados de saúde assente numa visão e intervenção focalizada num sinal ou sintoma e não, contrariamente ao meu padrão intrínseco de prestação de

cuidados, uma visão plurifacetada e global da pessoa num todo, envolvendo a família, com o consequente processo de cuidados harmonioso na resposta às várias necessidades avaliadas. Daqui também resultou o espaço para o maior contributo deste mestrado. Habitado ao desempenho da prática com base na evidência científica associada a comportamentos e artigos essencialmente médicos, reorientei o meu campo de pesquisa e fundamentação do exercício da profissão para os contributos de enfermagem publicados, priorizando, através deles, a reflexão sobre a prática. Por outro lado, este estágio adicionou conhecimento para além da prática de cuidados. Permitiu-me conhecer realidades organizacionais e profissionais diferentes e sobretudo olhar para o trabalho desenvolvido e contextualizá-lo.

Em todo este percurso destaca-se a primeira parte, na qual o desempenho de cuidados em serviço de urgência me possibilitou vivenciar situações clínicas por mim conhecidas noutro contexto hospitalar, cuja abordagem aqui difere por toda a orientação e tipo de intervenções planeadas e operacionalizadas, em que as prioridades colocadas não são as habituais em relação ao meu habitat profissional. Foi importante perceber a dinâmica de trabalho e sobretudo validar a existência de uma série de plataformas informáticas utilizadas para consulta de informação e registos, condicionando os circuitos de transmissão de informação e problematizando a questão do processo clínico informatizado.

Aspetos inerentes à gestão do processo de cuidados foram por mim operacionalizados no âmbito do SU. A triagem foi o momento em que a prioridade e gestão clínica mais se evidenciaram. A objetividade que permite traduzir em prioridade todos os sinais e sintomas avaliados, orienta a continuidade do processo de cuidados. Exemplos dessas intervenções enquadradas na gestão de protocolos terapêuticos ocorreram com o desencadear e na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da via verde Sepsis, via verde AVC e no atendimento à pessoa com EAM, esta última com quem foi possível intervir, identificando e despoletando precocemente os meios e mecanismos existentes para um atendimento adequado e ajustado, e também partilhar numa equipa multidisciplinar o conhecimento detido quanto às orientações e formas de tratamento atuais, numa dinâmica de via verde coronária. A necessidade de avaliação, monitorização e registo da dor foi das atitudes terapêuticas mais presentes nas etapas do processo de cuidados. Habitado a uma continuidade no registo da dor que pressupõe uma

avaliação dos cuidados prestados, foi para mim evidente a ausência de continuidade neste registo e consequente avaliação da qualidade dos mesmos.

Não só o “espaço” físico, como também o organizacional e humano, em muito contribuiu para um processo de aprendizagem centrado nas minhas necessidades e num projeto que retratava esse meu objetivo. Em toda essa vivência do processo de cuidados foi possível partilhar e sobretudo transmitir informação, tendo por base a evidência científica para o efeito, propondo melhorias aos padrões de atuação e de prestação de cuidados existentes, amenizando o distanciamento entre serviços e, sobretudo, sugerindo que todo o planeamento dos cuidados se concentre na pessoa cuidada, numa parceria centrada nas suas necessidades. Atendendo à estruturação do saber e do desenvolvimento de competências previamente descrito, tenho o sentimento de ter desenvolvido um trabalho que foi de encontro à plenitude dos objetivos definidos e corresponde ao quadro de competências indicadas para o enfermeiro na área de especialização pessoa em situação crítica. O reajuste dos objetivos, bem como das atividades inerentes a cada um, permitiu que a sua operacionalização acontecesse de forma efetiva, contribuindo para isso a orientação no espaço organizacional e funcional, especialmente no estágio de serviço de urgência.

Prática comum no meu domínio profissional é a abrangência do processo de cuidados para com a família e/ou pessoa significativa da pessoa cuidada nas várias fases da sua operacionalização. No âmbito deste desenvolvimento de competências foi possível demonstrá-lo e até fundamentar a sua necessidade, rentabilizando a sua presença no SU e UCI, para uma relação de cuidados personalizada nas várias áreas de intervenção possíveis, tornando um direito legal numa mais-valia para o desempenho profissional. O impacto da doença na pessoa e as transformações físicas, psíquicas e sociais na sua vida são extensíveis à família, em qualquer faixa etária, cultura e nível sócio-económico. Estas alterações implicam uma necessidade da pessoa se adaptar a novas realidades, por um processo contínuo e inevitável, exigindo maior envolvimento e compromisso da pessoa cuidada, família e equipa de saúde.

Para responder a estas necessidades foi necessário demonstrar alternativas várias na relação com a pessoa e família, quer na comunicação de notícias e informação (educação para a saúde, informação ao cuidador, ...) quer na recolha da mesma (avaliação inicial, colheita de dados), como também envolvê-la no processo de

cuidados e na sua continuidade após a alta hospitalar. Socorri-me de técnicas de comunicação aferindo para o efeito os princípios e orientações científicas lecionadas no âmbito do Mestrado. Nestas situações de crise e/ou mudanças vivenciadas pelo indivíduos/família e comunidade, privilegiei o relacionamento enfermeiro – pessoa, atendendo aos aspetos de qualidade de vida sob a perspetiva da pessoa, respeitando a sua visão, que difere de uma pessoa para outra, não impondo a minha perspetiva.

Esta realidade da prestação de cuidados, sustentada numa relação entre enfermeiro e cliente inserido numa família, foi possível consolidar no período de desenvolvimento de competências na UCI. Aspetos como educação para a saúde e preparação para a alta, com formação do cuidador, integram o processo de cuidados na UCI, onde foi possível partilhar e transmitir o conhecimento detido sobre o tratamento da doença coronária em fase aguda por angioplastia, assim como a intervenção de enfermagem nas situações agudas, utilizando para o efeito meios para assistência ventricular, hipotermia terapêutica e técnicas dialíticas contínuas. Reforcei o conhecimento detido sobre o doente crítico com EAM, estruturando esse saber nas suas várias dimensões.

Ao longo deste processo de desenvolvimento de competências, cimentei a ideia de que a procura da excelência dos cuidados é estruturada a partir das características sociais, culturais e específicas de cada serviço e instituição. Para tal, a escolha e operacionalização de um modelo de enfermagem deve ir de encontro a estes atributos e procurar enquadrá-los na sua estrutura através de decisões fundamentadas, de modo que o processo de cuidados de enfermagem integre etapas como a identificação, interpretação, planeamento e avaliação sistemática dos cuidados nas diferentes situações. Desta forma o *“campo de competência da enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio”* (Collière, 1999, p.287). Enquadrar o planeamento e a prestação de cuidados de saúde nestes princípios, torna mais efetivo todo o processo de cuidados, acrescentando ao cuidar em enfermagem uma dimensão social e científica.

A relevância deste Mestrado centrou-se sobretudo na aplicabilidade dos temas desenvolvidos, pois surgem como resposta às mutações existentes. Este processo

de aprendizagem pela experiência exigiu intencionalidade da minha parte nas várias fases seu percurso. A interação estabelecida entre o projeto inicial e a prestação de cuidados fez sentido no desenvolvimento de competências, utilizando a capacidade de reflexão no processo de cuidar, explicando as competências tácitas na resolução das situações-problema e a transformação do conhecimento que me possibilitou “*estar em situação*” e “*agir em contexto*”. E como resultado final de todo este intercâmbio de ideias e ideais no âmbito do atendimento da pessoa com EAM, surgiu a proposta (aceite) de reorganização, melhoria e aumento da acessibilidade da plataforma de registos de enfermagem existente no serviço, que permite obter uma informação mais precisa e abrangente dos serviços de referência, contemplar uma avaliação e registo intra-procedimento mais fiável, possível de consultar nos vários serviços que se articulam entre si.

Como sugestões finais valido o critério de aprendizagem, utilizando o saber dos mestrandos na preparação de temáticas a lecionar, utilizando em outras temáticas enfermeiros cujo contributo formativo poderá ser maior do que o que se verificou em algumas aulas lecionadas por outros profissionais de saúde ou por técnicos ligados a empresas de prestação de cuidados de saúde. Também julgo ser importante a partilha dos objetivos pretendidos por este Mestrado nos campos de estágio seleccionados, para que a orientação dos mesmos não se faça tendo por base critérios oriundos de outras escolas. Pessoalmente partilho a ideia de que

a enfermagem constitui-se atualmente numa área do saber útil à sociedade, utilidade esta traduzida essencialmente pelo desenvolvimento de um conjunto de atividades que são essenciais à vida dessa sociedade, mas ainda não reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção. Por isto, impõe-se que ao “...fazer perguntas sobre a realidade óbvia, (...) se pressuponha que o estudioso esteja interessado em olhar além das metas de ações humanas comumente aceites ou oficialmente definidas. Pressupõe uma certa consciência de que os factos humanos possuem diferentes níveis de significado, alguns dos quais ocultos à consciência da vida quotidiana (Berger, 2002, p.39 cit. Amendoeira, 2009, p. 3).

6. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2008). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2009). *RSE – Registo de Saúde Electrónico: Documento estado da arte (versão 2.0)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento. *Texto e Contexto Enfermagem*, N° 14, 3, pp. 373-382.
- Alto Comissariado da Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016: Estratégias para a saúde Eixos estratégicos-Qualidade em saúde (Versão discussão)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Alto Comissariado para a Saúde. (2007). *Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa: Palma Arte Gráficas, Lda.
- Amendoeira, J. (2004, Julho - Dezembro). Enfermagem em Portugal. Contextos, atores e saberes. *Enfermagem*, pp. 13 - 22.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem Perspectivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), pp. 2 - 12.
- Anjos, C. N., Santiago, G. P., Cerqueira, L. A., & Moraes, T. M. (2008, Janeiro - Março). O potencial da hipotermia terapêutica no tratamento do paciente crítico. *O mundo da saúde*, pp. 74 - 78.
- Backes, D. S., Filho, W. D., & Lunardi, V. L. (2006, Junho). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40.
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora.
- Barros, E., Goncalves, L. F., Manfro, R. C., & Thome, F. S. (2007). *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bastos, C. F., Machado, M. A., & Souza, W. J. (2008). Reanimação Cardiorrespiratória Na Unidade De Emergência.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito Excelência e poder da prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bocchil, E. A., Vilas-Boas, F., Moreira, M. d., Barretto, A. C., Lage, S., Albuquerque, D., et al. (2008, Março). Levosimendana em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: eficácia em uma coorte brasileira. Resultados do estudo BELIEF. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 90.
- Boutinet, J. P. (1986). Le concept de projet et ses niveaux d'appréhension. *Paris Education Permanente*, pp. 5-26.
- Brandão, L., Santana, T., & Souza, J. (2009, Outubro 7). *Assistência de enfermagem ao paciente com suspeita de infarto*. Retrieved from Webartigos: <http://www.webartigos.com/artigos/assistencia-de-enfermagem-ao-paciente-com-suspeita-de-infarto/26019/>

- Briga, S. (2010). *A Comunicação Terapêutica Enfermeiro/Doente: Perspectivas de Doentes Oncológicos Entubados Endotraquealmente*. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Carper, B. A. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. In: Nicole, Lesley H. *Perspectives on nursing Theory* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2005). *Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde*. Retrieved Fevereiro 08, 2013, from https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4647/1/Eixos%20valores_Ed%20&%20promocao%20saude.pdf
- Chiavenato, I. (2007). *Empreendedorismo – Dando Asas ao Espírito Empreendedor*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Chulay, M., & Burns, S. M. (2012). *Fundamentos de Enfermagem em cuidados críticos da AACN* (2ª ed.). Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem* (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. Coimbra: Paula Grácio, Revista Saúde Infantil / ASIC - Associação de Saúde Infantil de Coimbra.
- Costa, J. T. (2005, Janeiro/Março). Nova definição clínica do enfarte do miocárdio. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* , 12.
- Cruz, D. d., & Pimenta, C. A. (2005, Maio - Junho). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , pp. 415 - 422.
- Davis, M. P., & Walsh, D. (2004, Agosto 625 - 632). Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* .
- Diário da República. (2009, Julho 14). Lei n.º 33/2009. *Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS)* , p. 4467.
- Direção Geral de Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. (D. G. Saúde, Ed.) Lisboa: Gráfica Maiadouro.
- Direcção Geral de Saúde. (2010). *Circular Normativa Nº: 01/DQS/DQCO - Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS)*. Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde. (2008). *Circular normativa Nº: 11/DSCS/DPCD de 18/06/08, Programa Nacional de Controlo da Dor*.
- Edwards, S. (2002). Myocardial infarction: nursing responsibilities in the first hour. *British Journal Nursing* , pp. 454-468.

- European Resuscitation Council. (2010). Guidelines for Resuscitation 2010. In J. P. Nolan, J. Soar, D. A. Zideman, D. Biarent, L. L. Bossaert, C. Deakin, et al., *Adult advanced life support* (pp. 1305-1352). Bath, UK.
- European Society of Cardiology. (2011). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal* , N° 32, 2999-3054.
- Gradiz, R. Fisiopatologia do Aparelho Cardiovascular. In A. Pinto, *Fisiopatologia: Fundamentos e Aplicações* (pp. 355-386). Lisboa: Lidel.
- Grupo Português de Triagem. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência - Grupo de Triagem de Manchester* (Maio 2002 - 2ª ed.). Lisboa: BMJ publishing Group 1997.
- Haugh, K. H. (2010). Doença das Artérias Coronárias e Disritmias. In Monahan, Sands, Neighbors, M. & Green, & Phipps, *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (pp. 767-827). Loures: Lusodidata.
- Hospital Israelita Albert Einstein. (2006, Agosto). Insuficiência Cardíaca: Avaliações e Cuidados de Enfermagem. São Paulo, Brasil. Retrieved from Scribd.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Estatísticas*. Retrieved Abril 18, 2013, from Estatísticas - Via Verde AVC: http://avc.inem.pt/avc/stats_avc_site/stats.asp
- International Council of Nurses . (2009). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0*. Lisboa: OE.
- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, A. K. (1996, November/Dezembro). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung Vol.25 nº6* , pp. 467-474.
- Jolly, S., Yusuf, S., Cairns, J., Niemelä, K., Xavier, D., Widimsky, P., et al. (2011, Agosto 20). Radial versus femoral access for coronary angiography in patients with acute coronary syndromes (RIVAL): a randomised, parallel group, multicentre trial. *Lancet* , pp. 1409-1420.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2005). *El pensamiento enfermero* (1ª ed.). Barcelona: Masson.
- Kozik, T. M. (2007, Outubro). Induced Hypothermia for Patients With Cardiac Arrest : Role of a Clinical Nurse Specialist. *Critical Care Nurse* , pp. 36 - 42.
- Lima, E. C., Nascimento, G. A., Pena, M. I., Vasconcellos, A. v., Crepaldi, R. J., Rabelo, W., et al. (2011, Dezembro). Intervenção Coronária Percutânea Eletiva após Fibrinólise: Dados do REMAT (Registro Madre Teresa). *Revista Brasileira de Cardiologia de Intervenção* , pp. 373 - 378.
- Lima, L., Pereira, S., & Chianca, T. (2006, Maio-Junho). Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco - contribuição de Orem. *Revista Brasileira de Enfermagem* , pp. 285 - 289.
- Lopes, C. T., Carneiro, C. d., Santos, V. B., & Barros, A. L. (2012, Julho 11). Diagnósticos de Enfermagem validados em Cardiologia no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Acta Paulista de Enfermagem* , pp. 155 - 160.

- Meils, C. M., Kaleta, K. A., & Mueller, C. L. (2002, Outubro). Treatment of the Patient with Acute Myocardial Infarction: Reducing Time Delays. *Journal of Nursing Care Quality* , pp. 83-89.
- Moraes, R. C., & Giraldez, R. R. (2011). AIDA STEMI - Abciximab intracoronário versus intravenoso na SCA com supra de STu . *American Heart Association*. Orlando - Florida.
- Nanda Internacional. (2010). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação*. Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro, Enfermagem em Portugal (1881 - 1998)*. Lisboa: Lusodidata.
- Oliveira, M. J. (2009). *Dissertação de Mestrado: Vigilância de infecções associadas aos cuidados de saúde e importância do consumo de anti-microbianos em cuidados intensivos*. Lisboa: Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Cadernos da OE: Dor - Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002, Maio 10). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Retrieved Maio 5, 2012, from Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=48&view=news:Print&id=58> - 23k
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007, Abril 24). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. pp. 1 - 8.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transportes de Doentes Críticos- Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.
- Passos, R. L., Siqueira, D. A., Silva, J. F., Sá, F. C., Junior, J. d., Feres, F., et al. (2008). Insuficiência Renal Aguda após Intervenção Coronária Percutânea Primária no Infarto Agudo do Miocárdio: Preditores e Evolução Clínica a Longo Prazo. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva* , pp. 422 - 428.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
- R.E.P.E. - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996, Setembro 4). *Diário da República* .
- Rebelo, M. T. (1998). Do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos? *Enfermagem* , pp. 14 - 19.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011, Fevereiro 18). *Diário da República, 2ª série* .

- Reid, M. B., & Cottrell, D. (2005, Outubro). Nursing Care of Patients Receiving: Intra-aortic Balloon Counterpulsation. *Critical Care Nurse* , Vol. 25, Nº 5, pp. 40 - 49.
- Riche, G. A., & Alto, R. M. (2001). As organizações que aprendem, segundo Peter Senge: "a quinta disciplina". *Cadernos Discentes Coppead* , N º 9, pp. 36-55.
- Rodrigues, M , Cordeiro, C. (2007, Setembro 29). *CIPE – Um Contributo para a Enfermagem... ou uma Nova Maneira de Registar?* Retrieved Dezembro 19, 2012, from Forum Enfermagem: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3101
- Rodrigues, M., & Cordeiro, C. (2007, Setembro 29). *CIPE – Um Contributo para a Enfermagem... ou uma Nova Maneira de Registar?* Retrieved Dezembro 18, 2012, from Forum Enfermagem: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3101
- Santos, J. C., & Piaggi, L. F. (2010). Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio1. *Revista Mineira de Ciências da Saúde* , pp. 43 - 51.
- Silva, A. A. (2011). *Impacto do AVC na vida familiar: Uma contribuição da psicoeducação*. Lisboa.
- Silva, D. M. (2002, Julho 26). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium - Revista do ISPV* .
- Silva, M. A., & Graveto, J. (2008, 2º Semestre). Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto” para a (na) Prática da Enfermagem. *Pensar Enfermagem* , Vol. 12, pp. 67 - 70.
- Smeltzer, S. C. (2008). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Brunner e Suddarth* (11ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2005). *Brunner e Sudarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (10ª ed.). Guanabara.
- Sociedade Europeia de Cardiologia. (2007, Junho 12). *Carta europeia do coração*. Retrieved Julho 10, 2012, from Sociedade Portuguesa de Cardiologia: http://www.spc.pt/DL/CartaCoracao/Carta_EC.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2009). Registo Nacional de S C A: sete anos de actividade em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia* , pp. 1465-1500.
- Society of Critical Care Medicine. (2008). *Suporte básico em cuidados intensivos 2ª edição em português*. São Paulo: Acindes.
- Sousa, P. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde: um modelo explicativo* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Thelan, L., Davie, J., Urden, L., & Lough, M. (2008). *Enfermagem em Cuidados Intensivos - diagnóstico e intervenção* (5.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Timmins, F. (2005). *Contemporary Issues in Coronary Care Nursing*. London & New York: Taylor & Francis Group.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) Tradução de Ana Rita Albuquerque* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

- Vranckx, P., & Serruys, P. (2004). Supported angioplasty in the current era: indications and techniques (balloon pump, Impella, LV assist). *Euro PCR*, (pp. 71 - 81). Paris.
- Wehbe, G., & Galvão, C. M. (2001, Março). O Enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 9 (2), pp. 86 - 90.
- Wilson, P. W., & Douglas, P. S. (2012, Março 29). *Epidemiology of Coronary Heart Disease*. Retrieved Maio 5, 2012, from Uptodate: http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-coronary-heart-disease?source=search_result&search=Epidemiolo

ANEXOS

ANEXO I

Planeamento Estágio 3º Semestre: Objetivos específicos para cada contexto

OBJECTIVO	ACTIVIDADES		
	Serviço de Urgência	Serviço de Hemodinâmica	Unidade de Cuidados Intensivos
1. Conhecer o percurso do doente crítico com EAM, submetido a angioplastia coronária, desde a entrada no serviço de Urgência até à saída da unidade de cuidados intensivos coronários.	Conhecer a estrutura física e organizacional do serviço de Urgência Geral Conhecer diferentes formas de entrada no SU da pessoa com dor torácica/EAM Conhecer circuitos de doentes, família e materiais no SUG Integração na equipa multidisciplinar, compreendendo a sua dinâmica de funcionamento Conhecer normas e protocolos internos que definam circuitos do doente crítico e formas de atuação perante situações clínicas diversas	Conhecer a estrutura física e organizacional da Hemodinâmica Compreender a dinâmica de funcionamento da equipa da hemodinâmica Conhecer normas e protocolos internos que definam circuitos do doente crítico e formas de atuação perante situações clínicas diversas, com ênfase para o momento após Angioplastia Conhecer protocolos e normas de procedimentos, com evidência para os registos efetuados, plataformas de registos e continuidade de registos nos diferentes serviços	Conhecer a estrutura física e organizacional do serviço de Cuidados Intensivos Coronários (UNICOR) Conhecer circuitos de doentes, família e materiais no Serviço de Cuidados Intensivos Coronários (UNICOR) Integração na equipa multidisciplinar, compreendendo a sua dinâmica de funcionamento Conhecer normas e protocolos internos que definam circuitos do doente crítico e formas de atuação perante situações clínicas
2. Desenvolver conhecimento de enfermagem que permita alcançar competências especializadas na abordagem ao doente e família com EAM, em todo o seu percurso pelas unidades de cuidados diferenciados.	Fazer pesquisa bibliográfica na área da cardiologia, nomeadamente no atendimento pré-hospitalar e SUG ao doente com EAM e respetivos modos de tratamento; Consultar normas, protocolos e outro material de formação/apoio utilizado na abordagem ao doente com EAM: Via Verde Coronária, protocolo de atuação na sala de reanimação, transferência para serviço de Hemodinâmica.	Observar comportamentos e normas de atuação perante o doente crítico com EAM submetido a tratamento por angioplastia.	Fazer pesquisa bibliográfica na área da cardiologia, nomeadamente no doente com EAM e respetivos modos de tratamento; Consultar normas, protocolos e outro material de formação/apoio utilizado na abordagem ao doente com EAM: Via Verde Coronária, Fibrinólise, Hipotermia Terapêutica.

OBJECTIVO	ACTIVIDADES		
	Serviço de Urgência	Serviço de Hemodinâmica	Unidade de Cuidados Intensivos
3. Prestar cuidados globais e especializados á pessoa em situação crítica, particularmente com EAM e família, com base nos pressupostos da prevenção e controlo de infeção, face à complexidade da situação e à celeridade das intervenções exigidas.	Cumprir as normas da comissão de controlo de infeção hospitalar na abordagem ao doente em situação crítica, particularmente com EAM Atender aos princípios de assepsia no tratamento do doente em situação crítica, particularmente com EAM Fundamentar as decisões, com base na evidência científica consultada. Registar objetivamente todos os cuidados prestados e as consequentes avaliações (monitorização) servindo-se dos diferentes instrumentos. Gerir a dor e o bem -estar da pessoa em situação crítica com EAM ou falência orgânica, otimizando as respostas á medicação instituída Colaborar na prestação de cuidados especializados à pessoa com EAM e sua família ou cuidador informal. Colaborar na observação e abordagem terapêutica ao doente com suspeita de EAM, com destaque para o encaminhamento efetuado. Participar na análise de situações	Colaborar na prestação de cuidados ao doente em situação crítica com EAM, durante e após o tratamento por angioplastia.	Cumprir as normas da comissão de controlo de infeção hospitalar na abordagem ao doente com EAM Atender aos princípios de assepsia no tratamento do doente com EAM, fundamentando as decisões, com base na evidência científica consultada. Fundamentar as decisões com base na evidência científica Participar ativamente no processo de cuidar, contribuindo com diagnósticos, intervenções, registos e avaliação dos cuidados Gerir a dor e o bem -estar da pessoa em situação crítica com EAM ou falência orgânica, otimizando as respostas á medicação instituída Prestar cuidados especializados à pessoa com EAM e sua família ou cuidador informal. Iniciar ou dar continuidade á preparação para a ALTA, contemplando o ensino sobre o controle dos fatores de risco e a prevenção da recorrência de situações

	clínicas, como forma de aprendizagem, demonstrando iniciativa e antecipando complicações.		clínicas similares. Observar, planejar e abordar o doente com EAM, utilizando tecnologia e meios de apoio diferenciado Colaborar na prestação de cuidados especializados à pessoa com EAM e sua família ou cuidador informal. Colaborar na observação e abordagem terapêutica ao doente com EAM, utilizando tecnologia e meios de apoio diferenciado Participar na análise de situações clínicas, como forma de aprendizagem, demonstrando iniciativa e antecipando complicações
4. Dinamizar e divulgar o conhecimento desenvolvido na abordagem ao doente crítico, particularmente com EAM e Família.	Observar as práticas dos enfermeiros do serviço, fazendo sempre que se justifique e quando aplicável, sugestões com base na evidência científica disponível Promover a atualização ou reformulação de atitudes terapêuticas ao doente com EAM, com base na evidência disponível e utilizada na prática Colaborar com Enfº orientador, ou sempre que solicitado, no diagnóstico de necessidades formativas na área	Observar as práticas verificadas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, intervenções com base na evidência científica disponível <u>SERVIÇO DE HEMODINÂMICA HSC</u> Diagnosticar necessidades formativas na área específica, como elo responsável pela Formação Favorecer a aprendizagem, em contexto de trabalho que permita desenvolver <i>skills</i> e competências nos enfermeiros, na área específica	Observar as práticas dos enfermeiros do serviço, fazendo, sempre que se justifique, intervenções com base na evidência científica disponível Promover a atualização ou reformulação de atitudes terapêuticas ao doente com EAM, com base na evidência disponível e utilizada na prática Colaborar com Enfº orientador, ou quando solicitado, no diagnóstico de necessidades formativas na área

específica da cardiologia

Favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de atitudes e competências dos enfermeiros, em contexto de trabalho, na área específica do EAM, se aplicável

Realizar formação em contexto de trabalho, demonstrando a evidência existente na prática de cuidados, se aplicável

Avaliar, a curto prazo, qual o impacto da formação

Promover a partilha de conhecimentos na área da cardiologia de intervenção como complemento às abordagens iniciais no SUG

Conhecer e aplicar princípios das normas da Comissão de Controlo de Infecção na prestação de cuidados

Fundamentar as decisões na evidência científica existente na procura de estratégias que possibilitem a implementação da Via Verde Coronária na triagem de prioridades.

do EAM.

Tomar decisões fundamentadas, com base na evidência científica existente

Prestar cuidados de saúde ao doente com EAM enquadrando a evidência científica na sua prática

Utilizar o processo de tomada de decisão no estabelecimento de prioridades e na intervenção de enfermagem.

Comunicar informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da transferência da pessoa, assegurando assim a continuidade dos cuidados.

Garantir uma adequada informação e acompanhamento à família da pessoa com EAM, de forma a minimizar a ansiedade.

Prestar cuidados especializados á pessoa com EAM numa perspetiva holística

específica da cardiologia

Favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de atitudes e competências dos enfermeiros, em contexto de trabalho, na área específica do EAM.

Realizar formação em contexto de trabalho, demonstrando a evidência existente na prática de cuidados

Avaliar, a curto prazo, qual o impacto da formação

Promover a partilha de conhecimentos na área da cardiologia de intervenção como complemento às abordagens na UNICOR

Conhecer e aplicar princípios das normas da Comissão de Controlo de Infecção na prestação de cuidados

OBJECTIVO	ACTIVIDADES		
	Serviço de Urgência	Serviço de Hemodinâmica	Unidade de Cuidados Intensivos
5. Organizar um instrumento de registo dos que assegure a continuidade de cuidados de enfermagem especializados ao doente com EAM, desde que entra até que sai do hospital	Enfatizar a necessidade dos registos na avaliação inicial do doente em situação crítica, particularmente com EAM, para cuidados contínuos de qualidade Informar da necessidade dos registos na monitorização do doente e na continuidade dos cuidados em todo o percurso da pessoa com EAM	<u>SERVIÇO DE HEMODINÂMICA HSC</u> Pesquisar bibliografia sobre a utilidade dos registos na continuidade dos cuidados e na avaliação da sua qualidade Reunir com a Enfermeira Chefe e Diretor de Serviço para discussão e adaptação do CARDIOBASE (base de registos) às necessidades validadas. Planear a sua implementação no serviço. Realizar ação de formação nos serviços, com a finalidade de dar a conhecer a proposta de alteração do registo informático de enfermagem.	Enfatizar/Reforçar o interesse da equipa de enfermagem por um padrão de registo em todas as fases de intervenção de enfermagem á pessoa com EAM tratado por angioplastia. Proporcionar formação e esclarecimento quanto á utilização da aplicação de registo. Envolver os enfermeiros da UNICOR para o padrão de registo que englobe a preparação para a alta

OBJECTIVO	RESULTADOS		
	Serviço de Urgência	Serviço de Hemodinâmica	Unidade de Cuidados Intensivos
1. Conhecer o percurso do doente crítico com EAM, submetido a angioplastia coronária, desde a entrada no serviço de Urgência até à saída da unidade de cuidados intensivos coronários	Conhecimento dos vários circuitos existentes em cada serviço: • <i>Relatório de Idas a Campo</i> • <i>Relatório Final de Estágio</i>	Presenciar actividades nos vários locais de trabalho envolvendo desempenho de enfermagem Conhecimento e divulgação do trabalho de enfermagem no circuito integrado do doente	Conhecimento dos vários circuitos existentes em cada serviço: • <i>Relatório de Idas a Campo</i> • <i>Relatório Final de Estágio</i>
2. Desenvolver conhecimento de enfermagem que permita alcançar competências especializadas na abordagem ao doente e família com EAM, em todo o seu percurso pelas unidades de cuidados diferenciados	Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, na área da cardiologia, à pessoa com EAM em situação crítica: • <i>Jornal de Aprendizagem</i> • <i>Intervenções Especializadas</i> • <i>Transporte de Doente Critico</i>		Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, na área da cardiologia, à pessoa com EAM em situação crítica: • <i>Estudo de caso</i> • <i>Intervenções Especializadas</i> • <i>Transporte de Doente Critico</i>
3. Prestar cuidados globais e especializados à pessoa com EAM e família, com base nos pressupostos da prevenção e controlo de infecção, face à complexidade da situação e à celeridade das intervenções exigidas.	Desenvolvimento de competências na prevenção e controlo da Infecção perante a pessoa com EAM no SUG Promoção da melhoria da qualidade dos cuidados, minimizando complicações associadas a procedimentos invasivos e infecções decorrentes da prestação de cuidados ao doente com EAM		Desenvolvimento de competências na prevenção e controlo da Infecção perante a pessoa com EAM no SUG Promoção da melhoria da qualidade dos cuidados, minimizando complicações associadas a procedimentos invasivos e infecções decorrentes da prestação de cuidados ao doente com EAM

OBJECTIVO	RESULTADOS		
	Serviço de Urgência	Serviço de Hemodinâmica	Unidade de Cuidados Intensivos
4. Dinamizar e divulgar o conhecimento desenvolvido na abordagem ao doente crítico com EAM e Família.	Promoção da melhoria e da continuidade dos cuidados; Contributo para a proximidade entre a equipa de saúde, doente e família/cuidador informal. Reflexão situacional que retrate o sucedido Sensibilização da equipa para os efeitos da incorporação da evidência científica na prática clínica na melhoria da qualidade dos cuidados. Desenvolvimento de competências na área de formação em serviço e na área da supervisão clínica	Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados Reunir informação a ser utilizada na melhoria dos cuidados especializados Uniformizar conhecimento na equipa de enfermagem Partilha de conhecimento com os enfermeiros das unidades de saúde de referência	Promoção da melhoria e da continuidade dos cuidados; Contribuição para a proximidade Entre a equipa de saúde, doente família/cuidador informal. Sensibilização da equipa para os efeitos da incorporação da evidência científica na prática clínica Evidenciar o contributo da evidência científica na melhoria da qualidade dos cuidados. Desenvolver competências na área formação em serviço e na área supervisão clínica.
5. Organizar um instrumento de registo que assegure a continuidade de cuidados de enfermagem especializados ao doente com EAM, desde que entra até que sai do hospital	Contribuição científica para a elaboração de guia orientador, facilitador e transversal a todos os enfermeiros a quando da triagem da pessoa com dor torácica. Colaborar no desenvolvimento da Transação que permita a monitorização e avaliação da dor torácica típica.	Reunião com a chefe e acção de formação: <i>Hemodinâmica; UCA; Cardiologia.</i> Melhoria dos registos e dos documentos de suporte Desenvolvimento do programa informático CARDIOBASE como plataforma de registos. Prática de enfermagem especializada baseada na evidência científica	

ANEXO II

Relatórios de Idas a Campo

Hospital de [REDACTED]

Serviço de Urgência

Dia 3 de Julho 2012

13:00 Horas – [REDACTED] (Enfº Coordenador do Serviço de Urgência Geral)

O serviço de urgência do Hospital de [REDACTED] deu início à sua actividade com a abertura da unidade hospitalar em Março de 2010, após mudança de instalações do hospital antigo localizado na zona central de [REDACTED]. É uma urgência Médico-Cirúrgica que dispõe de uma média de episódios diários que varia entre os 250 na época de Verão e 270 na época de Inverno. Como serviço tem um atendimento de secretariado único, que orienta os doentes para os 3 serviços de urgência específicos já fisicamente delimitados e separados: urgência geral de adultos, urgência pediátrica e urgência obstétrica.

Cada uma destas urgências dispõe de um espaço diferente como sala de espera. A triagem é efectuada em cada urgência, sendo a Triagem de Manchester a utilizada na urgência geral. Os doentes são diferidos para locais diferentes em função da prioridade e também das especialidades. Entre as 10:00 H e as 22:00 H doentes com episódio de urgência da especialidade de Medicina desde que não estejam em maca, são encaminhados e observados em local próprio (fisicamente no serviço de urgência). A especialidade de Ortopedia e Cirurgia Geral também têm local definido para observar doentes, mas sempre em regime de urgência.

Fisicamente o serviço dispõe de uma sala de directos (reanimação) devidamente equipada, que por norma recebe todos os doentes triados com a cor vermelha; 4 consultórios, de onde os doentes podem se diferidos para tratamento, nova consulta ou com alta; 1 sala de observação com pessoal de enfermagem, para onde habitualmente são diferidos os doentes com cor laranja na triagem; uma segunda sala para tratamentos onde é possível a permanência de doentes, acomodados em macas. Por último uma sala de SO,

onde é possível a permanência de doentes sob monitorização por um período que se procura não ser superior a 24 Horas.

O serviço de Urgência Geral dispõe de uma equipa médica rotativa; 1 enfermeiro chefe (coordenador) e 2 enfermeiros responsáveis. A actividade de enfermagem é assegurada por 4 equipas, cada uma com um chefe de equipa e um 2º elemento. Toda a actividade de enfermagem tem uma plataforma de registos (desenvolvida pela Glintt) na qual a actividade e evolução clínica dos doentes é registada. Funciona em articulação com o processo clínico, pois este já é informatizado. Por cada episódio de urgência são identificadas todas as intervenções de enfermagem registadas, não sendo ainda possível conceber informaticamente um registo de enfermagem para transferência de doentes, o qual é feito actualmente num documento do *Word*, não anexado ao processo clínico informatizado. No momento da transferência de doentes para outras unidades de saúde, é da responsabilidade do enfermeiro adido à sala de reanimação o transporte e o preenchimento manual de uma folha de registos de enfermagem (que contempla resumidamente a informação do episódio de urgência e também de registo durante o transporte).

Apesar do hospital utilizar a CIPE (versão 2) como linguagem e registos de enfermagem, o serviço de urgência elabora os seus registos de enfermagem por escrita livre, em campo para isso designado, fazendo numa abordagem inicial as avaliações de risco inerentes e com continuidade no internamento (Avaliação do risco de quedas, úlcera de pressão, ...), dispondo de um conjunto de intervenções que podem ser levantadas e registadas, mas não contextualizadas nos fenómenos/focos de enfermagem definidos.

Por último, a referir a existência de uma VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) alocada ao hospital, serviço este ainda na jurisdição do INEM, já que ainda não se verificou a integração no serviço de Urgência.



SERVIÇO DE HEMODINÂMICA

Dia 19 de Julho 2012

14:00 Horas –  (Enf^a Chefe do Serviço de Cuidados Intensivos Cardíacos e Hemodinâmica)

O Laboratório de Hemodinâmica dispõe de três salas com capacidade para angiografia: duas mais dedicadas à realização de cateterismos cardíacos e periféricos, de diagnóstico e de intervenção, e uma sala que se destina predominantemente à realização de procedimentos na área da arritmologia (estudos electrofisiológicos, ablações e implantação de pacemakers), mas onde também se efectuam exames angiográficos de diagnóstico. Existe ainda um espaço de recobro, com capacidade para dois doentes, onde após a realização dos exames de diagnóstico, os doentes são submetidos a compressão do local da punção, aguardando depois o regresso ao Serviço/Hospital de origem.

O serviço de Hemodinâmica é uma área funcional com recursos humanos próprios, mas utilizada por diversas especialidades: Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Vascular e Radiologia. Funciona 24 horas por dia, das 8 às 20 horas, em horário normal e das 20 às 8 horas em regime de prevenção. Aos fins-de-semana, este regime estende-se das 20 horas de 6^a feira às 8 horas de segunda-feira.

A equipa pluriprofissional é constituída por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Cardiopneumologia e de Radiologia e ainda por Auxiliares de Acção Médica. A equipa de enfermagem tem 8 elementos, distribuídos 4 no turno da manhã e 4 no turno da tarde, cabendo a cada elemento um dos quatro locais de trabalho. Complementam a sua actividade com o atendimento pré procedimento (Circuito

Integrado do Doente), onde é feita uma abordagem em termos de consulta de enfermagem para agendamento do procedimento ou como preparação para o mesmo. A continuidade dos cuidados é assegurada por um Follow-Up telefónico feito por enfermeiros, onde se procura garantir a fidelização dos doentes ao hospital, garantindo ajustes no regime terapêutico, resposta a questões e indicações que permitam uma melhor adaptação do doente ao quotidiano. É utilizada assim uma metodologia de trabalho à tarefa, articulada muito directamente com o pré hospitalar, Unidade cuidados intensivos cardíacos e enfermaria.

UNICOR

Dia 17 de Julho 2012

14:00 Horas – [REDACTED] (Enfª Chefe do Serviço da Cardiologia)

A UNICOR (Unidade de Cuidados Intensivos Coronários) é um dos sectores do serviço de Cardiologia do [REDACTED]. Está situada no 5º piso, juntamente com a enfermaria, cuja lotação é de 22 camas, distribuídas por duas alas com quartos com capacidade para dois doentes.

A UNICOR tem lotação de 8 camas, dando resposta essencialmente a doentes do foro da cardiologia médica e também cirúrgica, quando necessário. Por outro lado, tem vindo a servir de apoio ao cuidado continuado dos doentes tratados por via percutânea (VAP's, Ablação das Artérias Renais...), via cirúrgica (Cirurgia cardíaca, Implantação de CDI, CRT-D, ...) e ultimamente procedimentos Híbridos (Válvulas Aórticas Trans-Apicais, Clipes Mitrais, Endoproteses Aórticas, ...). Contempla equipamento de assistência clínica que vai desde ventilação, técnicas contínuas e intermitentes de substituição da função renal, assistência ventricular e pulmonar, Balão Intra Aórtico, monitorização contínua do Débito Cardíaco, entre outras.

A manutenção dos cuidados é assegurada por uma equipa de enfermagem composta por 41 enfermeiros, sob a coordenação de uma enfermeira Chefe, coadjuvada por 2 enfermeiras adjuntas (Responsáveis pela enfermaria e UNICOR em períodos alternados). Os restantes elementos estão organizados em 5 equipas; cada equipa tem um chefe de equipa e os seus elementos fazem horário rotativo, por turnos. Os elementos das equipas alternam a prestação de cuidados entre a enfermaria e a UNICOR; as enfermeiras responsáveis exercem funções essencialmente no turno da manhã, nos dias

úteis, havendo também duas enfermeiras em horário das 8:00 às 16 H por motivos de ordem pessoal. O método de trabalho utilizado é o método individual.

O serviço dispõe de uma série de protocolos de actuação, no sentido de rentabilizar recursos, sendo mais eficiente e com elevada qualidade de cuidados. O desempenho dos enfermeiros é orientado e regulado por normas definidas e recentemente actualizadas, de forma a uniformizar padrões de actuação. É utilizada a plataforma SAPE com linguagem CIPE na enfermaria, ainda não adoptada na UNICOR, que contempla os seus registos em folha própria, o qual permite uma visão global da evolução do doente. Cabe ao enfermeiro da UNICOR o preenchimento da Avaliação inicial no momento da admissão e, na transferência para enfermaria, o levantamento dos focos, intervenções e atitudes terapêuticas para o doente a transferir. Numa das alas da enfermaria, doentes com internamentos superiores a 24 horas, é utilizado o SCD (Sistema de Classificação de Doentes).

Os doentes admitidos na UNICOR tem várias proveniências: Enfermaria; transferência de outro serviço; transferência de outra Unidade Hospitalar; Hemodinâmica; Bloco Operatório; Urgência referenciada; Urgência para os doentes seguidos no hospital ou Via CODU/INEM. A equipa médica que assegura a assistência entre as 8 – 16 Horas é fixa. Entre as 16 e as 8:00 H do dia seguinte (período de urgência interna), os cuidados médicos são assegurados por dois cardiologistas/internos da especialidade de cardiologia, mediante escala mensal.

[REDACTED]

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Dia 24 de Julho 2012

10:00 Horas – [REDACTED] (Enfª Chefe do Serviço de Urgência)

O serviço de Urgência do [REDACTED], hospital que integra o Centro Hospitalar [REDACTED] conjuntamente com o Hospital de [REDACTED] e o Hospital [REDACTED], é um serviço de Urgência Polivalente e a sua estrutura física divide-se em duas grandes áreas de actuação, uma de Atendimento e outra de Observação.

A admissão ao sistema processa-se inicialmente de forma administrativa, sendo a Triagem efectuada segundo o protocolo de Manchester. Existem neste local a possibilidade de ter activos 3 postos de trabalho assegurados por enfermeiros.

Após a triagem os clientes aguardam a sua chamada ou atendimento em função da prioridade concedida, existindo para o efeito 2 salas de espera, em que uma delas pela sua localização permite uma observação por parte dos enfermeiros da triagem. Paralelamente está disponível um serviço de atendimento geral de Medicina Interna das 8:00 H às 24:00 H, em regime de consulta que conta com actividade de enfermagem em algumas técnicas.

A Sala de Reanimação e o Balcão Geral são os sectores que recebem os clientes após estabelecidos critérios de prioridades. A Sala de Reanimação contempla 4 unidades de trabalho, organizadas cada uma delas por dois princípios: Via Aérea/Ventilação e Monitorização/Circulação. Devidamente equipada dispõe de aparelho de gasimetria em rede com o processo clínico informatizado.

O Balcão Geral dispõe de uma série de Boxes onde se processa o atendimento médico, podendo este ser efectuado numa sala de maiores dimensões destinada a tratamentos quando o cliente assim o exige (em maca). Complementa esta zona de trabalho uma segunda sala destinada a aerossóis e medicação de curto período, ambas apoiadas por uma pequena sala de trabalho de enfermagem, na qual se punccionam acessos venosos e se efectua a preparação da medicação a administrar.

Este circuito complementa-se com duas Salas de Decisão Clínica com capacidade para 6 clientes, onde a permanência se prolonga por exemplo a situações que aguardam resultados de exames, necessidade de observação/monitorização até nova reavaliação. A Sala de Observação dispõe de 12 camas para períodos de permanência até 24 horas, sendo o seu destino o domicílio ou o internamento. Possui ainda como apoio ao SO uma sala de isolamento com quarto de pressão negativa, utilizada para acomodar clientes com necessidade de isolamento por suspeita de infecção com elevado grau de contágio.

Como zonas de apoio tem na sua estrutura física uma sala de comunicação de más notícias, serviço de Radiologia, ECG, Assistente Social, entre outras.

O seu funcionamento é assegurado por um equipa pluridisciplinar: equipa médica de medicina interna fixa das 8:00 às 20:00 H, sendo o restante horário e fins-de-semana assegurado por uma equipa rotativa.

A equipa de enfermagem é composta por 5 equipas, cada uma engloba cerca de 15 enfermeiros coordenados por um chefe de equipa. O grupo de enfermeiros é coordenado por uma Enfermeira Chefe, assessorada por duas enfermeiras adjuntas. Têm na Sala de Observação o método de enfermeiro responsável; nos restantes locais asseguram as intervenções necessárias. Apoiam a sua prática em protocolos de actuação e vias verdes já contextualizadas nas bases de registos de cuidados. Estas plataformas de registos não estão interligadas, o que limita a informação registada como episódio de urgência ao serviço de urgência, não havendo continuidade em termos de avaliação e da prestação de cuidados. Por outro lado, apesar de na prática todo o funcionamento na situação de EAM acontecer de acordo com os

critérios contemplados pela Via Verde Coronária, esta não está padronizada e integrada no funcionamento do serviço.

Com cerca de 250 episódios de urgência diários e com uma prevalência considerável em termos de Síndrome Coronária Aguda, o serviço de Urgência do H. [REDACTED] assegura com frequência transporte de doente crítico com EAM para a Hemodinâmica do H. [REDACTED].

ANEXO III

Planeamento da Entrevista das Idas a Campo

PLANEAMENTO DA ENTREVISTA NAS “IDAS A CAMPO”

████████████████████ – Serviço de Urgência

████████████████████ – Serviço de Cardiologia – UNICOR

████████████████████ – Serviço de Hemodinâmica

████████████████████ – Serviço de Urgência

OBJECTIVOS DE PROJECTO:

- Conhecer o percurso do doente crítico com EAM no serviço de Urgência, desenvolvendo competências de enfermagem de urgência e emergência;
- Desenvolver competências (técnicas e relacionais) especializadas na abordagem ao doente e família com EAM em todo o seu percurso pelas unidades de cuidados diferenciados;
- Prestar cuidados globais e especializados à pessoa com EAM com base nos pressupostos da prevenção e controlo de infecção, face à complexidade da situação e à celeridade das intervenções exigidas;
- Dinamizar e divulgar o conhecimento desenvolvido na abordagem ao doente crítico com EAM;
- Organizar um instrumento de registo que assegure a continuidade de cuidados de enfermagem especializados ao doente com EAM, desde que entra até que sai do hospital;
- Enquadrar a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da finalidade do Mestrado (tomada de decisão, assegurar resultados de qualidade e competências enfermeiro especialista/pessoa em situação crítica).
- Desenvolver atitudes e comportamentos durante o trabalho de campo, que evidenciem uma prática clínica baseada na evidência, actuando como dinamizador da sua utilização

ENTREVISTA: IDA A CAMPO

1. Contacto telefónico com a chefe/responsável de serviço para avaliar a disponibilidade e agendar a data e hora da visita.
2. Contacto pessoal com a pessoa de referência do serviço, no seguimento do agendamento:
 - 2.1 – Apresentação pessoal;
 - 2.2 - Contexto da visita (Mestrado EEPSC)
 - 2.3 – Objectivos da visita:
 - 2.3.1 – *Conhecer o serviço estruturalmente e organizacionalmente;*
 - 2.3.2 – *Conhecer o funcionamento da equipa de saúde e equipa de enfermagem;*
 - 2.3.3 – *Conhecer plataformas de registos, sobretudo de enfermagem, utilizadas no serviço;*
 - 2.3.4 – *Conhecer mecanismos e meios de acompanhamento do doente crítico com EAM quando transportado para outra unidade de saúde.*
 - 2.4 – Perguntas a colocar:
 - Dotação:*
 - Equipa de enfermagem; Método de trabalho; Rácio;*
 - Registos (CIPE ou outro?);*
 - Portas de entrada na UNICOR;*
 - Classificação de doentes;*
 - Necessidades de formação;*
 - Necessidades funcionais;*
 - Normas de procedimentos, protocolos.*