



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM EMFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPEZIALIZAÇÃO DE EMFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Inês Sofia Neto Sousa Marques

PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM NA
GESTÃO DA AGUDIZAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA NUM INTERNAMENTO DE
CARDIOLOGIA: SCOPING REVIEW

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

**PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM NA
GESTÃO DA AGUDIZAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA NUM INTERNAMENTO DE
CARDIOLOGIA: SCOPING REVIEW**

Relatório Final de Estágio

Inês Sofia Neto Sousa Marques

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Mestre Especialista Bráulio João Nunes Sousa.

Oliveira de Azeméis | 2024

"O maior prazer na vida está em fazer o que as pessoas dizem que não és capaz de fazer." - Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Querida família,

É difícil expressar o quão grata estou por todo o apoio incondicional que vocês me deram ao longo desta jornada desafiadora. Obrigado por estarem sempre ao meu lado, mesmo nos momentos em que o tempo parecia escasso e eu vos roubava preciosos momentos juntos.

Queridos amigos,

É difícil expressar o quão significativa foi a vossa presença nesta etapa da minha vida. Agradeço por estarem ao meu lado, não apenas nos momentos alegres, mas também nos desafios que enfrentei e que exigiram de mim forças que só vocês me conseguiram dar.

Obrigado por cada conselho dado e por simplesmente estarem presentes. Saber que posso contar convosco é um privilégio que valorizo profundamente.

Professor Bráulio,

A sua persistente confiança desde o início foi o pilar que me sustentou diante das dificuldades encontradas ao longo deste percurso. Agradeço sinceramente por, não apenas auxiliar na superação desses obstáculos, mas por ser um tutor incansável ao longo desta jornada. Expresso a minha gratidão por ser um mentor exemplar e por compartilhar o seu conhecimento comigo, contribuindo significativamente para o meu progresso e sucesso.

Enfermeiros tutores dos estágios,

Agradeço profundamente todas as orientações e oportunidades de aprendizagem que me foram incansavelmente proporcionadas. Cada ensinamento e experiência adquirida serão pilares fundamentais na minha jornada como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A todos,

Muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APN - Advanced Practice Nursing

CCT - Cirurgia Cardiotorácica

CH - Centro Hospitalar

DAV - Diretiva Antecipada de Vontade

DGS - Direção Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EAM c/ SST – Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST

EAM s/ SST - Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

ECG - Eletrocardiograma

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPA – Enfermeiro de Prática Avançada

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESC - Sociedade Europeia da Cardiologia

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

GPT - Grupo Português de Triagem

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

IC - Insuficiência Cardíaca

ICA - Insuficiência Cardíaca Aguda

ICC - Insuficiência Cardíaca Crónica

ICN - International Council of Nurses

ICPP – Intervenção Coronária Percutânea Primária

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAE - Prática Avançada de Enfermagem

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PBVT - Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PEI - Plano de Emergência Interna

PEE - Plano de Emergência Externa
PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PRISMA-ScR - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSC - Pessoa em Situação Crítica
RAM - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos
SAV - Suporte Avançado de Vida
SCA - Síndromas Coronárias Agudas
SE - Sala de Emergência
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPCIRA - Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
START - Simple Triage And Rapid Treatment
SU - Serviço de Urgência
SUB - Serviços de Urgência Básicos
SUMC - Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos
SUP - Serviços de Urgência Polivalentes
TAVI – Implantação de Prótese Aórtica por Via Transcutânea
TRTS - Triage Revised Trauma Score
UNIC - Unidade de Intervenção Cardiovascular

RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição de grande heterogeneidade clínica, especialmente durante a fase de agudização, onde a função cardíaca pode deteriorar-se significativamente, levando a sintomas graves e complicações potencialmente fatais. A abordagem clínica de doentes em estado crítico devido à agudização da IC é um desafio complexo, exigindo uma intervenção especializada que considere a sintomatologia, o grau de instabilidade hemodinâmica e a gravidade da condição.

Com os avanços tecnológicos e terapêuticos, tornou-se possível oferecer uma assistência mais direcionada e personalizada a esses doentes, tanto na fase aguda quanto nas fases crônicas agudizadas e avançadas. Neste cenário, é imperativo que os enfermeiros acompanhem o progresso constante no campo da cardiologia, particularmente no que diz respeito à prática avançada de enfermagem (PAE).

A PAE, de acordo com o International Council of Nurses (ICN) (2020), é uma especialização que exige conhecimentos e habilidades avançadas para prestar cuidados de alta complexidade e excelência. Esta prática vai além das funções tradicionais da enfermagem, abrangendo atividades como avaliações detalhadas, diagnósticos complexos e gestão de cuidados especializados. Dada a importância do enfermeiro como membro essencial da equipa multidisciplinar no cuidado aos doentes com IC, a prática de enfermagem baseada em competências avançadas torna-se não apenas desejável, mas fundamental.

Em resposta a esta necessidade, foi desenvolvida uma componente de investigação focada na PAE na gestão da agudização da insuficiência cardíaca. Paralelamente a esta, foi realizado o estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na Área de Especialização de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), com o objetivo de desenvolver competências avançadas fundamentadas em evidência científica, na prestação de cuidados a pessoas em estado crítico.

Na primeira parte do presente relatório, será apresentada uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas e das competências adquiridas ao longo do percurso de aprendizagem. Na segunda parte, será detalhada a investigação desenvolvida, que consiste numa Scoping Review baseada no processo metodológico do Instituto Joanna Briggs para Scoping Reviews. Esta investigação tem como principal objetivo, identificar as competências de PAE na gestão da agudização da IC na pessoa internada em internamento de cardiologia. A identificação e sistematização destas competências permitirá o desenvolvimento de conhecimentos específicos nesta área de intervenção, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a fundamentação da prática clínica.

ABSTRACT

Heart failure is a condition characterized by significant clinical heterogeneity, particularly during episodes of acute decompensation, where cardiac function can deteriorate rapidly, leading to severe symptoms and potentially life-threatening complications. The clinical management of patients in critical condition due to acute HF exacerbation is a complex challenge, requiring specialized intervention that addresses symptoms, hemodynamic instability, and the severity of the condition.

With advancements in technology and therapeutic interventions, it has become possible to provide more targeted and personalized care to these patients, both during the acute phase and in the chronic exacerbated and advanced stages. In this context, it is crucial for nurses to stay abreast of ongoing progress in the field of cardiology, particularly with regard to advanced nursing practice.

According to the International Council of Nurses (2020), advanced nursing practice is a specialization that demands advanced knowledge and skills to deliver high-complexity, high-quality care. This practice extends beyond traditional nursing functions, encompassing activities such as detailed assessments, complex diagnostics, and the management of specialized care plans. Given the critical role of the nurse as an essential member of the multidisciplinary team caring for patients with heart failure, nursing practice based on advanced competencies is not merely desirable but essential.

In response to this need, a research component focused on advanced nursing practice in the management of acute heart failure exacerbation has been developed. Simultaneously, an internship was undertaken as part of the Master's in Medical-Surgical Nursing, within the Critical Care Nursing specialization, aimed at developing advanced competencies grounded in scientific evidence for the care of critically ill patients.

The first part of this report will present a critical and reflective analysis of the activities performed and the competencies acquired throughout the learning process. The second part will outline the research conducted, which consists of a Scoping Review following the methodological process outlined by the Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews.

The primary objective of this research is to identify the competencies of advanced nursing practice in managing acute heart failure exacerbation in hospitalized patients in cardiology units. The identification and systematization of these competencies will contribute to the development of specific knowledge in this area of practice, ultimately improving the quality of care and underpinning clinical practice.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Exemplo de termos MeSH e estratégia de pesquisa utilizada.....	90
Tabela 2: Síntese de competências/ intervenções de PAE.....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma PRISMA-ScR.....	91
--------------------------------------	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1. Estágio em Contexto de Urgência.....	26
1.2. Estágio em Contexto UNIC – Hemodinâmica.....	26
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	35
2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	35
2.2. Competências do Domínio da Melhor Continuidade da Qualidade	40
2.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	47
2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	50
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	53
3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	54
3.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	64
3.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação E à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequados. 68	
4. Considerações finais	75
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	77
1. Resumo	79
2. Abstract.....	81
3. Fundamentação/enquadramento teórico	83
4. Finalidade e objetivos	87
5. Metodologia.....	89

5.1. Desenho do estudo	89
5.2. Considerações éticas	90
6. Resultados	91
7. Discussão	95
8. Conclusão	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APÊNDICES.....	113
APÊNDICE I: “PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ESTUDANTES DO MESTRADO EM EMC NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PSC NA UNIC”	115
APÊNDICE II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO - “PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ESTUDANTES DO MESTRADO EM EMC NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PSC NA UNIC” ...	129
APÊNDICE III: “TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS”	137

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório final de estágio decorre do âmbito do 3º Curso de Mestrado em EMC, na Área de Especialização de Enfermagem à PSC, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), no contexto da unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II.

Conforme indicado no Guia de Orientação do Estágio (2023), este documento visa realizar uma análise crítico-reflexiva do percurso desenvolvido durante o estágio, realizado entre setembro de 2023 e março de 2024, nos Serviço de Urgência (SU) e na Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNIC) de um Centro Hospitalar (CH) da região centro.

A obtenção do grau de mestre, de acordo com o Artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018 (2018), é concedido a quem demonstre a capacidade de expandir e aprofundar conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo, especificamente numa área de especialização. Através desta análise, pretende-se evidenciar o contributo das atividades desenvolvidas ao longo do estágio para a obtenção do grau de mestre, bem como as que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área especialização de enfermagem à PSC. Além desta reflexão crítica, no final deste documento, será apresentada a componente de investigação desenvolvida ao longo deste período.

Conforme estabelecido pelo Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), uma PSC é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. O cuidado à PSC e suas famílias é uma área altamente específica na enfermagem, exigindo dos profissionais um constante investimento na procura de conhecimento e desenvolvimento de competências especializadas.

No que toca ao desenvolvimento de competências, o modelo proposto por Benner (2001), fundamentado no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identifica cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Este percurso progressivo, construído ao longo da carreira do enfermeiro, valoriza a reflexão crítica sobre a prática como elemento central para a integração de novos conhecimentos teóricos e práticos. Esta abordagem evidencia-se como particularmente relevante no contexto de aprendizagem, onde o desenvolvimento de competências especializadas é essencial para responder às exigências crescentes da prática clínica.

O enfermeiro especialista na sua prática, fundamenta-se na necessidade de responder à complexidade dos cuidados de saúde com uma abordagem holística e personalizada, como descrito por Benner (2001). A autora reforça que a excelência na enfermagem depende da integração de diversas formas de conhecimento, incluindo o saber científico, ético, interpessoal e contextual. Estas competências, que se desenvolvem ao longo do percurso do iniciado ao perito, permitem lidar com situações dinâmicas e imprevisíveis da prática clínica, sendo indispensáveis para a prestação de cuidados de alta qualidade à PSC.

No sentido de fundamentar a prática desenvolvida no período de estágio, o modelo de Benner oferece uma estrutura que permite compreender e valorizar a evolução das competências adquiridas, incluindo conhecimentos técnicos, capacidade de tomada de decisão, habilidades de comunicação eficazes, flexibilidade, criatividade, pensamento crítico, responsabilidade e iniciativa. Além disso, destaca a necessidade de adotar uma conduta ética e deontológica como pilares da prática especializada.

Estas competências são refinadas a partir de experiências vivenciadas, sendo a análise crítico-reflexiva dessas oportunidades um fator determinante para a consolidação do saber e para o crescimento profissional. Ao aplicar este modelo como referência no desenvolvimento de competências durante o estágio, promove-se uma prática clínica mais consistente e fundamentada, alinhada aos princípios da enfermagem especializada e à busca pela excelência nos cuidados prestados.

Relativamente à componente de investigação, esta aborda a PAE na gestão da agudização da IC em internamento de cardiologia.

A escolha deste tema foi motivada pelo contacto diário com doentes em situação crítica, no contexto da cardiologia, associada à IC. As dificuldades sentidas na gestão da condição de saúde desta tipologia de doentes, suscitou a necessidade de aprofundar conhecimentos e de procurar práticas atualizadas e diferenciadas para melhorar substancialmente a qualidade dos cuidados prestados.

Com os avanços tecnológicos e terapêuticos, torna-se possível oferecer cuidados direcionados e personalizados à pessoa com problemas cardiovasculares, tanto na fase aguda (primeira ocorrência) quanto nas fases crónicas agudizadas e avançadas (McDonagh et al., 2021). No contexto atual da saúde, onde a complexidade dos cuidados é crescente, torna-se fundamental proporcionar um atendimento mais qualificado, eficaz e individualizado, especialmente em áreas como a cardiologia e especificamente na gestão da agudização da IC.

Neste cenário, é crucial que os enfermeiros acompanhem o contínuo desenvolvimento da prática clínica, particularmente no que diz respeito à PAE. De acordo com o ICN (2020), a PAE

é uma especialização que exige conhecimentos e habilidades avançadas para prestar cuidados de alta complexidade e excelência. Esta prática vai além das funções tradicionais da enfermagem, abrangendo atividades como avaliações detalhadas, diagnósticos complexos e gestão de cuidados especializados.

Dada a importância do enfermeiro como membro essencial da equipa multidisciplinar no cuidado aos doentes com IC, a prática de enfermagem baseada em competências avançadas torna-se não apenas desejável, mas fundamental.

Diante desse cenário, torna-se essencial identificar as competências de PAE na gestão da agudização da IC na pessoa internada em internamento de cardiologia, objetivo central deste estudo. Para o alcançar, será realizada uma Scoping Review utilizando a metodologia do Joanna Briggs Institute, reportada segundo o modelo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Esta abordagem permitirá uma compreensão abrangente e uma síntese eficaz da literatura existente, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e fornecendo uma base sólida para a prática clínica, orientada pela melhor evidência disponível.

Quanto à estrutura deste documento, encontra-se dividido em duas partes: a componente de estágio e a componente de investigação. Na primeira, será realizado um enquadramento dos contextos de estágio, seguido por uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas que contribuiram para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área de especialização de enfermagem à PSC, de acordo com os objetivos específicos definidos para cada contexto de estágio. Finalmente, serão tecidas algumas considerações finais que destacam o contributo desse percurso para o desenvolvimento pessoal e profissional como futura enfermeira EMC.

A componente de investigação divide-se em oito subcapítulos. Inicialmente, será realizado um enquadramento teórico para fundamentar o tema escolhido, a sua finalidade e os objetivos definidos. Em seguida, a metodologia será abordada descrevendo o desenho do estudo e suas considerações éticas. Os resultados serão apresentados de forma sintetizada numa tabela e posteriormente, na discussão, serão confrontados e será discutida a evidência científica recolhida durante a investigação. Por fim, na conclusão, serão destacadas as principais implicações para a prática, assim como as conclusões finais relacionadas à componente de investigação desenvolvida.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

De acordo com o Regulamento do 2º Ciclo de Estudos dos Cursos de Mestrado da ESSNCVP, os períodos de estágio proporcionam ao estudante o estabelecimento de uma ligação efetiva com a prática profissional, permitindo o desenvolvimento de competências e conhecimentos no contexto da prática clínica (ESSNCVP, 2023).

Em conformidade com o regulamento mencionado, o guia de orientação para o Estágio de Enfermagem à PSC II determina que este momento de natureza profissional deve ser encarado como uma experiência formativa. Experiência essa, sustentada tanto pelas competências definidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019), bem como pelas competências apresentadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018 da OE, 2018). A orientação do estágio é pautada por objetivos de nível avançado, visando demonstrar o desenvolvimento de competências crítico-reflexivas, de planeamento e de tomada de decisão em situações complexas nesta área de especialização (ESSNorteCVP, 2023).

Para atender às necessidades de aprendizagem e cumprir os objetivos estabelecidos para o desenvolvimento de competências especializadas, foram selecionados dois campos de estágio com diferentes áreas de intervenção por parte do enfermeiro especialista em EM, o SU e a UNIC. Ambos os serviços fazem parte de um CH na região centro do país, onde o estudante exerce funções no serviço de cardiologia.

O fato de desempenhar funções nesse serviço despertou um elevado interesse em aprofundar os conhecimentos na área de intervenção em questão, especialmente no que diz respeito ao percurso que o doente crítico de origem cardíaca faz desde a admissão no SU até ao internamento. O SU representa a principal porta de entrada para a PSC no CH, enquanto a UNIC desempenha um papel crucial nos procedimentos invasivos para diagnóstico e tratamento de complicações cardíacas, sendo responsável por uma parte significativa dos internamentos no serviço de cardiologia. Esta interligação e complementaridade entre os dois campos de estágio justificaram a escolha dos mesmos.

De forma a contextualizar cada um dos campos de estágio, em seguida será feita uma breve descrição tanto física como organizacional dos mesmos.

1.1. Estágio em Contexto de Urgência

Conforme as Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2015), a principal finalidade do SU prende-se em receber, diagnosticar e tratar pessoas acidentadas ou com doenças súbitas que, em ambiente hospitalar, necessitem de atendimento imediato.

No mesmo contexto e de acordo com o Despacho Normativo nº 11/2002, os SU são unidades multidisciplinares e multiprofissionais cujo propósito se prende em fornecer cuidados de saúde em todas as situações que se enquadram nas definições médicas de urgência e emergência (Ministério da Saúde 2002). A compreensão destes conceitos torna-se crucial para esclarecer a dinâmica de funcionamento do SU, a Direção Geral da Saúde (DGS) definiu os conceitos de urgências como "todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as menos graves até às mais graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais" (DGS, 2001, p. 32), e de emergências como "todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais" (DGS, 2001, p. 32).

Tal como explicitado no Despacho Normativo nº 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014), a rede de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) passou por uma necessária atualização e reorganização. Neste momento, integra três níveis de resposta designadamente Serviços de Urgência Polivalentes (SUP), Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos (SUMC) e Serviços de Urgência Básicos (SUB), encontrando-se estes mencionados por ordem decrescente no que diz respeito aos recursos e à capacidade de resposta dada à população.

Este estágio decorreu no SU de um CH central, classificado como SUP, o que representa o mais elevado nível de resposta diferenciada para situações de Urgência e Emergência. Além das valências mencionadas nos SUMC, este engloba outras mais específicas, como meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica avançados, redes de referência de vias verdes, centro de trauma, bem como o centro de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) (Ministério da Saúde, 2014).

O SU em questão é de grandes dimensões, apresentando-se dividido em diversos setores e valências. Atualmente, encontra-se em processo de reformulação estrutural o que gera alguns constrangimentos no fluxo de doentes admitidos, assim como em termos organizacionais e de gestão de cuidados. Neste contexto, numa fase inicial, conhecer a estrutura física e organizacional do SU é essencial para uma melhor integração na dinâmica do serviço e principalmente, para compreender de que forma estas alterações podem interferir com a prestação de cuidados de qualidade.

A constituição orgânica da equipa do SU do CH, é composta por 175 enfermeiros e 104 assistentes operacionais, liderada por uma Enfermeira Gestora e duas assessoras. Neste momento, contem 63 enfermeiros especialistas EMC, área crucial para a prestação de cuidados à PSC. O Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), recomenda que 50% dos enfermeiros do SU sejam especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e em permanência nas 24 horas. Além de formação especializada, a equipa de enfermagem, deve apresentar formação em áreas como SAV, Trauma, Transporte do Doente Crítico e Triagem de Manchester, reforçando assim as suas competências mesmo não sendo detentores do título de especialista.

O défice de enfermeiros especialistas, com apenas 36% da equipa em vez dos 50% recomendados pela OE, limita a resposta eficaz em situações de emergência no SU, comprometendo o atendimento rápido e preciso, aumentando o risco de complicações e sobrecarregando os enfermeiros generalistas que, sem formação avançada, podem não estar plenamente preparados para lidar com situações de alta complexidade. Para corrigir essa lacuna, é essencial tanto a integração de mais enfermeiros especialistas em EMC na equipa, como o incentivo aos enfermeiros generalistas para desenvolverem competências especializadas voltadas para a prestação de cuidados à PSC. Essas medidas seriam fundamentais para cumprir o rácio recomendado e assegurar melhores padrões de qualidade e segurança nos cuidados prestados.

A equipa de enfermagem do SU, trabalha sob o método individual, priorizando assim a assistência total aos doentes. Este modelo consiste na designação de um enfermeiro para assumir a responsabilidade completa pelos cuidados de enfermagem a um grupo de doentes durante o turno (Almeida Ventura-Silva et al., 2021).

São inúmeros os pontos positivos deste método, a manutenção da continuidade dos cuidados é um deles, sendo que o mesmo enfermeiro faz o acompanhamento do doente durante todo o turno, garantindo cuidados personalizados, coesos e seguros. Apesar do método adotado fomentar o trabalho individual, todos têm presente a importância do trabalho em equipa, existindo uma atitude de interajuda e cooperação por parte de todos os elementos da equipa do SU.

Relativamente ao circuito do doente, a admissão ocorre numa área designada à entrada do SU onde não está prevista a presença de um enfermeiro, ficando a identificação e a admissão a cargo dos assistentes técnicos.

Após a admissão, é realizado o encaminhamento para os gabinetes de triagem. Segundo a Norma nº 002/2018 da DGS (2018), a triagem de Manchester é um método de classificação que visa determinar a prioridade do atendimento médico de forma rápida, objetiva e sistematizada. O sistema baseia-se na gravidade da situação clínica, não substituindo o

diagnóstico médico, mas sim servindo como ferramenta para otimizar o fluxo de atendimento e garantir que os doentes com maior necessidade sejam assistidos com a maior brevidade possível.

O processo de triagem consiste na identificação da queixa principal do doente e na consulta de um fluxograma de decisão com 52 situações clínicas possíveis. Através dessa análise, o doente é classificado em uma das cinco categorias de prioridade, cada uma com um código de cor e tempo-alvo recomendado para a primeira avaliação médica: emergente, identificado pela cor vermelha, com tempo-alvo de 0 minutos; muito urgente, identificado pela cor laranja, com tempo-alvo de 10 minutos; urgente, identificado pela cor amarela, com tempo-alvo de 60 minutos; menos urgente, identificado pela cor verde, com tempo-alvo de 120 minutos; e não urgente, identificado pela cor azul, com tempo-alvo de 240 minutos. (DGS, 2018).

Todo este procedimento é realizado pelos enfermeiros distribuídos no posto de triagem, que devem possuir formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades sendo, preferencialmente, especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC (OE, 2019).

A utilização e uniformização de procedimentos que suportam a tomada de decisão como o sistema de triagem de Manchester, nos SU, contribuem não só para a otimização do fluxo de atendimento e para o encaminhamento precoce dos doentes de acordo com as suas necessidades clínicas e gravidade da situação, como para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à comunidade onde está inserida (DGS, 2018).

Após a triagem os doentes são encaminhados para os setores correspondentes, de acordo com o fluxograma e a prioridade que apresentem. Existem no SU, diversos setores que fazem o acolhimento dos mesmos, a Área Médica 1, também referenciada como Urgência Básica, corresponde ao primeiro nível de atendimento, oferecendo suporte para as situações mais simples e comuns de urgência (Ministério da Saúde, 2014).

Para casos que necessitem de observação médica especializada, na Área Médica 2 existe acompanhamento por profissionais de diversas áreas, como Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Nefrologia, Gastroenterologia e Hematologia. Está equipada com 17 boxes, garantindo monitorização contínua, oxigenoterapia e ventilação não invasiva para doentes que necessitem de cuidados mais diferenciados.

A Área Cirúrgica do SU, está preparada para acolher aqueles que necessitem de avaliação e acompanhamento por especialistas de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Transplantação Hepática e Renal e Neurocirurgia. Existe também um espaço destinado à urologia e uma área com capacidade para realizar pequenas cirurgias, otimizando o tempo de espera e a qualidade do atendimento.

Para a Área Ortopédica são encaminhados os doentes com problemas musculoesqueléticos, esta área apresenta atendimento especializado para todos os tipos de traumas e condições que afetam ossos, músculos e articulações.

Além destas áreas com maior dimensão e com uma maior afluência de admissões, existe a Área de Psiquiatria, onde é realizado o atendimento especializado a doentes com alterações bruscas de comportamento e patologias psiquiátricas e ainda uma área destinada ao acompanhamento de doentes com alterações do foro ginecológico.

Aqueles que apresentam uma prioridade emergente (vermelho), são direcionados diretamente da triagem para a Sala de Emergência (SE), por apresentarem risco de falência cardiorrespiratória, traumatismos graves ou por serem situações sugestivas de critérios para ativação das vias verdes em prática no SU (Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sepsis e Trauma) (DGS, 2018).

De acordo com as Recomendações Técnicas para a SE do ACSS (2019), este espaço consiste na ligação entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, representando a principal e mais adequada área para uma correta abordagem ao doente emergente, muito urgente, grave e crítico que apresente um quadro clínico de descompensação das funções vitais e risco de vida. Esta, consiste num espaço amplo, com capacidade mínima para 3 unidades individuais de reanimação nos SUP, que deve apresentar meios adequados para a abordagem, reanimação e estabilização do doente em situação crítica, seja do foro médico-cirúrgico ou de trauma (ACSS, 2019).

Neste momento na SE do SU em questão, existem 7 unidades disponíveis com equipamento de monitorização contínua (Tensão arterial, frequência cardíaca, traçado eletrocardiográfico e saturação de oxigénio), ventilador, rampa de oxigénio e de aspiração.

Segundo as recomendações anteriormente referidas, devem existir condições físicas e matérias para realizar procedimentos como intubação endotraqueal, acessos vasculares arteriais e venosos (periféricos e centrais), desfibrilhação elétrica, colocação de marca-passo externo, entre outros procedimentos específicos (ACSS, 2019).

Além dos carros de emergência totalmente equipados para uma resposta rápida, existem na SE, desfibrilhadores para intervenção imediata em casos de paragem cardíaca, compressor mecânico externo, carro especializado para via aérea difícil, equipamento para reanimação pediátrica, ecógrafo para diagnóstico urgente, gasómetro e outros equipamentos de suporte à análise e monitorização que são utilizados e encaminhados para as unidades sempre que necessário.

Tendo em conta a capacidade da SE, neste momento são alocados a este setor 4 a 5 enfermeiros e um enfermeiro responsável, especialista em EMC. Segundo o Regulamento nº743/2019 da OE (2019), é recomendado que todos os enfermeiros que atuam na SE sejam especialistas em EMC, preferencialmente na área da enfermagem à PSC.

Apesar desta recomendação, nem sempre é possível que todos os enfermeiros alocados à SE sejam enfermeiros especialistas em EMC, nesse sentido, torna-se evidente a necessidade do trabalho em equipa e da importância da cooperação entre colegas para que sejam prestados cuidados seguros e adequados às necessidades da PSC. Como já referido anteriormente o método de trabalho utilizado no SU é o método individual, no entanto na SE, a presença de mais do que um enfermeiro por unidade é essencial devido à instabilidade e complexidade dos doentes admitidos, sendo mais uma vez evidente a necessidade do trabalho em equipa no seio da equipa da SE.

Outro ponto fundamental em qualquer serviço de saúde passa pela documentação e registo da informação clínica do doente e dos cuidados prestados, como ferramenta fundamental é utilizado o Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares SClínico. Desenvolvido e implementado pelo Ministério da Saúde, o SClínico visa uniformizar os procedimentos e normalizar a informação clínica em todos os hospitais. Através da padronização dos registos clínicos, da otimização do fluxo de informação e da promoção da comunicação entre os profissionais, o SClínico contribui para um atendimento mais seguro, eficiente e humanizado aos doentes admitido no SU e praticamente em todos os serviços do hospital (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), 2019).

Para o desenvolvimento de competências neste contexto de estágio, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na área da gestão de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos;
- Desenvolver competências específicas na avaliação da pessoa em situação crítica admitida no serviço de urgência, através do Sistema de Triagem de Manchester;
- Desenvolver competências, na área da prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, admitida na sala de emergência, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica;
- Desenvolver competências especializadas na área da Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos no contexto dos cuidados à pessoa em situação crítica, no serviço de urgência.

1.2. Estágio em Contexto UNIC – Hemodinâmica

A UNIC, encontra-se inserida no serviço de Cardiologia do CH em questão. Este serviço, tem como missão fornecer cuidados de saúde na área da cardiologia com alto padrão de qualidade e eficiência a todos os utentes admitidos, atuando num ambiente de formação, ensino e investigação, garantindo a prestação de cuidados de saúde de excelência.

O serviço de cardiologia é constituído por vários serviços, incluindo a UNIC, que colaboram entre si e com outras especialidades hospitalares, bem como com serviços de referência externos. A UNIC, é constituída pela Hemodinâmica e a Unidade de Síncope e *Pacing*. Fisicamente, encontra-se dividida entre dois polos hospitalares do CH e é composta por 7 salas de bolco adstritas a diferentes procedimentos e distribuídas por diferentes espaços físicos.

No pólo periférico, existem duas salas de intervenção (1 e 2) e uma sala de recobro, destinadas principalmente a atividades eletivas. Esses espaços são utilizados tanto pela UNIC para procedimentos como cateterismos, angioplastias e intervenção estrutural, quanto para procedimentos de *Pacing*, incluindo a implantação de pacemakers, dispositivos de ressincronização cardíaca e cardioversores desfibriladores implantáveis, além de intervenções periféricas vasculares.

No Piso -1 do polo principal, encontram-se duas salas de intervenção (A e B) e uma sala de recobro, utilizadas pela UNIC para assegurar a assistência aos doentes admitidos através da via verde coronária, cateterismos de diagnóstico, angioplastias realizadas no internamento e atividade eletiva. Na sala B, são realizados, além dos procedimentos referidos anteriormente, cateterismos pediátricos, intervenções periféricas de nefrologia, biópsias endomiocárdicas e cateterismos direitos.

No Piso 3, existem duas salas (A e B) utilizadas pela unidade de *pacing*. A sala A, é predominantemente dedicada a procedimentos de *Pacing*, enquanto a sala B é utilizada para estudos de eletrofisiologia e ablações.

Ainda fazendo parte da UNIC, existe no piso 2 do Serviço de Cirurgia Cardiotorácia (CCT), uma Sala Operatória Híbrida, utilizada para procedimentos do Centro de Referência em Cardiologia de Intervenção Estrutural que necessitam de apoio da CCT, como a Implantação de Prótese Aórtica por Via Transcutânea (TAVI).

Relativamente ao setor de hemodinâmica, local onde foi maioritariamente focado o desenvolvimento deste estágio, a nível estrutural é composto por duas salas de intervenção, uma sala de comandos (em forma de aquário, que permite a observação e controlo dos procedimentos) e a sala recobro.

Nas salas A e B, encontram-se diversos equipamentos tecnológicos e dispositivos médicos de alta complexidade, incluindo uma maca de exames com vários comandos associados, um aparelho de Raio-X, um foco luminoso e quatro monitores, para projeção de imagens Raio-X, da monitorização contínua do traçado eletrocardiográfico, frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio. Também está presente uma bomba injetora de contraste,

cuja manutenção e substituição dos circuitos são da responsabilidade dos enfermeiros alocados nessas salas.

Cada uma das salas está equipada com dois monitores desfibriladores, utilizados em todos os procedimentos para monitorização dos doentes e dois carros de emergência. É da responsabilidade do enfermeiro alocado à sala realizar os testes de verificação diários aos desfibriladores e garantir a verificação e correta calagem do carro de emergência.

Na sala B, encontra-se um ventilador utilizado em procedimentos que requerem sedação, sendo também responsabilidade do enfermeiro realizar testes de verificação antes da sua utilização. Ambas as salas, apresentam ainda, uma zona para preparação de medicação, com armazenamento de fármacos essenciais para a realização dos procedimentos, para situações de urgência/emergência e para sedo-analgésia. Nessa mesma zona existem armários de armazenamento de material clínico necessário para os procedimentos e dispositivos médicos implantáveis, tais como stents, introdutores e guias.

A sala de recobro, onde os doentes são acolhidos e preparados antes e depois dos procedimentos, é composta por quatro unidades individuais (cadeirões) e uma maca, caso seja necessário repouso pós-procedimento. Cada unidade possui equipamento de monitorização e é separada por cortinas para garantir a privacidade. Na sala, há também um balcão com o material clínico necessário, uma secretária com computador para registo da informação clínica, um gasómetro e um carro de emergência.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, esta é composta por 18 membros, dos quais 6 são enfermeiros especialistas em EMC, 1 é especialista em Saúde Comunitária e 1 em Saúde Infantil e Pediátrica. Esta equipa presta serviço em ambos os polos da UNIC e é distribuída diariamente pelos diferentes setores da unidade. Além dos turnos diários das 8h às 20h, a equipa de enfermagem é dividida em duas equipas de prevenção para a Via Verde Coronária, que exerce funções no período noturno durante a semana e 24 horas aos fins de semana e feriados, sendo ativada quando necessário.

A distribuição dos enfermeiros é realizada pelo enfermeiro coordenador, seguindo as diretrizes do Regulamento nº743/2019 da OE (2019), que define as dotações seguras para as Unidades de Exames Especiais. De acordo com essas diretrizes, o número de enfermeiros deve ser ajustado conforme as necessidades específicas de cada organização, considerando as atividades de enfermagem realizadas e a complexidade dos procedimentos executados.

Em cada sala, as recomendações visam a presença de 1 enfermeiro, sendo que em procedimentos que envolvem sedação/anestesia é recomendado incremento de 1 enfermeiro por sala, preferencialmente com a especialidade em EMC à Pessoa em Situação Perioperatória.

Em procedimentos invasivos com técnica asséptica cirúrgica, deve incluir-se mais um enfermeiro na equipa e em procedimentos de pediatria com sedação/anestesia, é recomendada a presença de 2 enfermeiros, incluindo um especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ainda de acordo com o mesmo regulamento, perante doentes submetidos a procedimentos com sedação/anestesia, é recomendada a alocação de enfermeiros nas fases de recobro, de acordo com as proporções e competências apropriadas (OE, 2019).

Além das recomendações estabelecidas no regulamento anteriormente referido, a Pronúncia do Concelho de Enfermagem nº 71/2020 da OE (2020), ressalta a importância da inclusão de enfermeiros especialistas em EMC, na área de enfermagem à PSC dado as características dos doentes admitidos nesta tipologia de unidades.

Considerando a diversidade de procedimentos e técnicas existente na UNIC e ao número limitado de enfermeiros especialistas em EMC na equipa, nem sempre a distribuição dos enfermeiros consegue obedecer a todos os requisitos referidos anteriormente, deste modo, os enfermeiros especialistas são distribuídos de acordo com a complexidade dos procedimentos, dando prioridade aqueles que envolvem sedação/anestesia, ventilação invasiva, intervenções coronárias percutâneas de doença coronária crónicas ou de difícil revascularização, intervenções estruturais valvulares e procedimentos pediátricos.

Para o desenvolvimento de competências neste contexto de estágio, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na área da gestão de cuidados especializados à pessoa em situação crítica admitida na hemodinâmica, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.
- Desenvolver competências, na área da prestação de cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de situação crítica, admitida na hemodinâmica, de acordo com o tipo de intervenção - Intervenção coronária, Intervenção estrutural e eletrofisiologia e pacing.
- Desenvolver competências na área da Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos no contexto dos cuidados à pessoa admitida no serviço de hemodinâmica.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Atualmente, os cuidados de saúde, incluindo os cuidados de Enfermagem, estão sujeitos a uma crescente complexidade técnica e científica. A certificação de competências especializadas tornou-se uma realidade comum entre os profissionais de enfermagem, garantindo que o enfermeiro especialista detém um conjunto abrangente de conhecimentos, capacidades e habilidades que são aplicadas de acordo com as necessidades de saúde específicas de cada contexto de cuidados (OE, 2019b).

Para a atribuição deste título, segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, além das competências específicas de cada área de especialidade em enfermagem, espera-se o desenvolvimento de um conjunto de competências comuns, sendo essas definidas como “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”(OE, 2019b, p. 4745).

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se divididas em quatro domínios, sendo eles: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

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

A profissão de Enfermagem tem na sua base, princípios éticos e deontológicos estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, estas diretrizes são fundamentais para orientar a prática da enfermagem, assegurando a excelência dos cuidados prestados e a integridade da profissão.

O Código Deontológico, republicado na Lei 156/2015 de 16 de setembro, inserido no estatuto da OE, estabelece uma série de direitos e deveres fundamentais para a profissão da enfermagem, orientados por princípios essenciais.

Além de cumprir rigorosamente as normas éticas e legais, o enfermeiro deve assumir a responsabilidade perante a sociedade, reconhecendo a importância do papel que

desempenha na prestação de cuidados de saúde e assumindo a responsabilidade pelas suas decisões e ações. Deve proteger e respeitar os direitos humanos, garantindo uma relação de cuidado baseada na dignidade e procurar a excelência no exercício da profissão, tanto em termos gerais quanto na interação com outros profissionais de saúde, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados prestados (Lei no 156/2015, de 16 de setembro, 2015).

O Regulamento n.º 140/2019 da OE, vai de encontro ao referenciado anteriormente, assumindo que na sua prática profissional, o enfermeiro, atua de acordo com os princípios éticos, legais e deontológicos que regem a sua área de especialidade, garantindo que as suas ações respeitam as normas legais vigentes e os princípios éticos e deontológicos da profissão. Deste modo, este profissional, deve utilizar habilidades de tomada de decisão ético-deontológica, baseadas no seu conhecimento, experiência, princípios e valores, tendo em conta o contexto em que se insere e as preferências dos doentes a quem presta cuidados (OE, 2019).

Na prestação de cuidados à PSC, são diversos desafios éticos inerentes. Ao lidar com estes doentes, é necessário considerar não apenas as questões clínicas, mas também as necessidades físicas, emocionais e até espirituais do mesmo, respeitando sempre a sua dignidade e autonomia, mesmo em momentos de grande vulnerabilidade.

Neste contexto, o enfermeiro enfrenta constantemente dilemas ético-deontológicos, como a tomada de decisão em situações de vida ou morte, a busca pelo equilíbrio entre o benefício e a não maleficência e a preservação da privacidade e confidencialidade do doente. Enquanto figura central na prestação de cuidados, este desempenha um papel fundamental na promoção da ética e na defesa dos direitos e interesses dos doentes, mesmo perante a complexidade desta especialidade de cuidado (Ludin, 2018).

Durante os estágios, foram várias as situações que proporcionaram a necessidade de uma reflexão mais aprofundada no que diz respeito às questões éticas e deontológicas, contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica alinhada com os princípios base da profissão de enfermagem.

A realidade complexa do SU, marcada por condições físicas e organizacionais limitadas, desafia o cumprimento do Artigo 107.º do Código Deontológico publicado no Estatuto da OE (2015), que referencia o respeito pela intimidade do doente como um valor fundamental.

A escassez de espaço físico, a sobrelotação dos setores, a presença de macas nos corredores e salas abertas desprovidas de mecanismos que assegurem a privacidade, constituem um cenário que compromete a intimidade e a privacidade dos doentes. Além disso, a ausência de privacidade durante exames, procedimentos e até mesmo durante o repouso, contribui para momentos de vulnerabilidade, violando os seus direitos e gerando constrangimentos.

Esta problemática, surge também na sala de recobro da UNIC, apesar da existência de mecanismos promotores da privacidade, o espaço reduzido, a grande afluência de doentes, a necessidade de utilizar o mesmo espaço para as admissões e para a vigilância pós-procedimento, contribuem para a permanência de um número elevado de pessoas no mesmo ambiente comprometendo a privacidade e o conforto que afeta tanto os doentes, quanto os profissionais de saúde.

Como futuro enfermeiro especialista, o reconhecimento dos desafios que impactam a intimidade e a privacidade dos doentes, nos ambientes referidos, são um passo fundamental para o desenvolvimento de competências neste domínio profissional. Ao longo do estágio, houve proatividade na sua identificação, procurando soluções eficazes, como a utilização de biombo, a gestão do tempo de permanência dos doentes nos setores ou serviço, a identificando situações mais suscetíveis e com maior necessidade de privacidade e a limitação do número de pessoas no mesmo espaço durante a prestação de cuidados. Todos estes cuidados foram planeados e refletidos juntamente com os elementos da equipa de enfermagem responsáveis pelo acompanhamento, demonstrando assim uma atitude de responsabilidade e respeito para com a intimidade e privacidade dos doentes que se encontram em situações de vulnerabilidade.

Outro princípio ético e deontológico fundamental prende-se no dever da informação, segundo a Base 2 da Lei de Bases da Saúde, citada no documento Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) de 2021, “Todas as pessoas têm direito [...] A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar [...]” e “A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos;”.

O Artigo 7º da Lei nº 15/2014 publicado no Diário da República n.º 57/2014, vai de encontro ao mencionado anteriormente, garantindo o direito fundamental dos doentes dos serviços de saúde à informação completa e compreensível sobre o seu estado de saúde. Nesse contexto legal, é evidente que, para a prestação de qualquer cuidado de saúde, são necessários dois procedimentos essenciais: informar o doente sobre sua condição e obter o seu consentimento (ERS, 2021).

Também as bases éticas e deontológicas da enfermagem fomentam a importância do dever da informação. De acordo com o Artigo 105.º do Código Deontológico republicado no Estatuto da OE (2015), o enfermeiro é responsável por informar o doente e a sua família

sobre os cuidados de enfermagem, respeitando, defendendo e promovendo o direito ao consentimento informado. Além disso, é seu dever atender com responsabilidade e cuidado a qualquer pedido de informação ou explicação feito pelo doente em relação aos cuidados prestados.

No âmbito da relação entre doente e profissional de saúde, cabe ao primeiro, de forma livre e consciente, decidir se aceita ou recusa os cuidados que lhe são propostos. Este direito não é mera formalidade, mas sim um pilar ético e jurídico que representa o respeito pela dignidade humana, pela liberdade e pela autodeterminação. Através da informação completa e acessível, o doente torna-se parceiro ativo na sua condição de saúde, tomando decisões ponderadas sobre si (ERS, 2021).

Sendo a UNIC uma unidade de intervenção especializada em procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, o consentimento informado por escrito assume um papel crucial na garantia da decisão consciente do doente e da segurança dos cuidados. É da responsabilidade do profissional de saúde que propõe os cuidados/ procedimentos, fornecer a informação clínica relevante para que o doente possa decidir e emitir a necessária autorização. Contudo, todos os envolvidos no processo, desde que possuam os conhecimentos e competências adequadas, têm a responsabilidade de garantir que o doente apresenta informação suficiente antes de iniciar qualquer exame de diagnóstico ou intervenção terapêutica (ESR, 2021).

Durante o estágio, foi frequente identificar a ausência do consentimento informado assinado pelos doentes momentos antes dos procedimentos. Perante essa situação, em conformidade com as práticas dos enfermeiros especialistas em EMC, adotou-se uma abordagem proativa, que consistiu na verificação sistemática da existência do consentimento informado assinado pelos doentes, no início de cada turno. Esta medida visou assegurar que todos os doentes concederam o seu consentimento de forma consciente para os procedimentos planeados, em conformidade com os requisitos legais e éticos estabelecidos.

Nos casos em que não se verificou a assinatura do consentimento informado, foi realizado o encaminhamento imediato para a equipa médica, garantindo a resolução da situação, evitando atrasos nos cuidados e assegurando a conformidade com as normas existentes.

Além desta verificação, desempenhou-se um papel crucial na transmissão de informações aos doentes antes da realização dos procedimentos. Este processo envolveu a explicação detalhada dos procedimentos a serem realizados, incluindo os objetivos, riscos, benefícios e os cuidados necessários durante e após a sua execução. Ao fornecer estas informações de forma clara e compreensível, os doentes foram capacitados, reduzindo a ansiedade e aumentando a sua confiança no processo.

Esta abordagem, possibilitou a promoção da segurança e autonomia dos doentes, assegurando um compromisso contínuo para com o dever da informação. Facilitou o cumprimento das normas éticas e legais na prática clínica, contribuindo para a proteção dos direitos dos doentes e para a humanização dos cuidados prestados na UNIC.

Relativamente ao SU, este representa um ambiente dinâmico e desafiador, onde a rápida tomada de decisão e a prioridade na estabilização da PSC são essenciais. Esta realidade nem sempre permite a obtenção do consentimento informado de forma livre e expressa por parte dos doentes admitidos, especialmente em casos de inconsciência, impulsionando algumas questões éticas complexas que exigem uma ponderação cuidadosa por parte dos profissionais de saúde envolvidos.

Nos casos específicos, em que não é viável transmitir a informação necessária ao doente, nem obter dele qualquer decisão sobre os cuidados de saúde que o profissional considera necessários e urgentes, surge o conceito de consentimento presumido.

Segundo a Norma nº 015/2013 da DGS, atualizada em novembro de 2015, o consentimento presumido desempenha um papel crucial nos casos em que a pessoa está inconsciente, não possui representação legal e há um risco significativo para a sua saúde ou vida se o procedimento for adiado para obter o seu consentimento. Nesses casos, o princípio da beneficência, fundamental na ética da saúde, justifica a ação imediata não invalidado a necessidade de que toda a informação seja fornecida ao doente, ou ao seu representante legal, assim que seja possível.

Também nos termos do artigo 8.º da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, referenciado no documento dos Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde da ERS (2021), quando não for possível obter o consentimento apropriado devido a uma situação de urgência, é permitido realizar imediatamente a intervenção médica indispensável para beneficiar a saúde da pessoa em questão.

Além disso, é fundamental verificar a existência de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) ou Testamento Vital, conforme estabelecido na Lei nº 25/2012, de 16 de julho. Este documento permite que o doente expresse, de forma consciente, as suas preferências sobre os cuidados de saúde que deseja receber ou recusar, caso se encontre numa situação clínica em que não possa manifestar a sua vontade. Nestas situações em concreto, estes documentos devem ser considerados para orientar as decisões clínicas e no momento de assumir um consentimento presumido.

Durante o estágio, foram enfrentadas várias situações em que o consentimento informado não pôde ser obtido devido à condição crítica de saúde do doente e à ausência de um

representante legal. Um exemplo específico ocorreu na SE quando um doente foi admitido em paragem cardiorrespiratória, após ter sido encontrado sem sinais de vida no decorrer de uma prova desportiva, sem que fossem conhecidos o nome ou qualquer contacto dos seus familiares no momento da transferência para o hospital.

Diante deste dilema ético, a prioridade manteve-se na preservação da vida do doente. No decorrer das manobras, foi possível observar a preocupação da equipa médica e da equipa de enfermagem, em identificar o doente e em estabelecer contacto com a família ou representante legal assim que possível, para fornecer informações sobre o estado clínico e obter o consentimento necessário.

São várias as estratégias possíveis para conseguir identificar o doente, como verificar possíveis documentos de identificação e consultar registos hospitalares anteriores. Nesta situação em concreto, no momento da prova desportiva o doente apenas tinha consigo um dorsal com um número de identificação. Foi contactada a organização da prova, no sentido de identificar o atleta correspondente a esse número e ter acesso aos dados de identificação necessários para admitir o doente no SU. Deste modo, houve a possibilidade de entrar em contacto com os seus familiares para obtenção do consentimento necessário, avaliar a existência de um DAV e manter os cuidados essenciais para a manutenção da vida do doente em situação crítica.

Nestas situações, a intervenção do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, é essencial para garantir uma gestão eficaz e ética dos cuidados. Este profissional, não apenas desempenha um papel central na resposta emergencial, aplicando práticas de suporte avançado de vida de forma adequada, como também garante a conformidade com as normas legais e éticas. Isso inclui a interpretação da DAV e a aplicação do consentimento presumido quando necessário, contribuindo significativamente para a preservação da vida e para a humanização dos cuidados, destacando a importância da sua função no contexto da prática clínica.

A interação diária com estes dilemas éticos, possibilitou o desenvolvimento de habilidades que permitem uma tomada de decisão assertiva e empática, tendo em consideração as necessidades e valores individuais de cada pessoa, aprimorando competências na garantia de uma prática de cuidados ética e responsável.

2.2. Competências do Domínio da Melhor Continuidade da Qualidade

Segundo o Despacho n.º 5613/2015, do Ministério da Saúde (2015), a qualidade em saúde, caracteriza-se pela prestação de cuidados acessíveis e equitativos, acompanhados por

profissionais altamente qualificados que, considerando os recursos disponíveis, visam garantir a adesão e satisfação do cidadão, adaptando-se às suas necessidades e expectativas. Em qualquer contexto, é fundamental melhorar a eficiência e eficácia dos cuidados de saúde, com o objetivo de assegurar a sua qualidade e segurança. Quando se fala na segurança dos doentes, aborda-se também a segurança da prestação dos cuidados de saúde, englobando a proteção tanto dos doentes quanto dos profissionais de saúde, assim como dos ambientes onde os cuidados são fornecidos (DGS, 2021).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, dando continuidade ao anterior, visa demonstrar que “os ganhos em qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde obtêm-se passo a passo, com coerência e persistência e com o envolvimento e empenho, de forma sistémica, de todos e para o bem de todos (DGS, 2021)”. Neste sentido, através do Conselho de Enfermagem da OE, surgem os padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem, abrangendo seis categorias de enunciados descritivos. Estas categorias compreendem a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001)

Os padrões de qualidade desempenham um papel fundamental ao fornecer orientações para um exercício profissional consistente e voltado para a qualidade, beneficiando não apenas as pessoas que recebem os cuidados, mas também os próprios profissionais de enfermagem. Ao seguir esses padrões, os enfermeiros podem garantir a prestação de cuidados de alta qualidade, que atendem às necessidades e expectativas dos doentes, ao mesmo tempo em que promovem um ambiente de trabalho mais eficiente e seguro.

O Regulamento nº 140/2019 da OE (2019) no âmbito deste domínio e indo de encontro ao referido anteriormente, reconhece o papel fundamental do enfermeiro enquanto especialista na área da governação clínica, definindo-o como um profissional capacitado para dinamizar o desenvolvimento e o suporte de iniciativas estratégicas, para desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, para garantir um ambiente terapêutico seguro para os doentes.

No decorrer do estágio, a reflexão-crítica sobre possíveis oportunidades de melhoria no que diz respeito à qualidade e segurança dos cuidados foi uma constante, assim como a análise do que atualmente é feito para que estes princípios sejam cumpridos em cada um dos locais de estágio.

Importante referir que neste momento, o plano de formação do CH em questão, estipula que nos serviços sejam definidos grupos de trabalho que se concentram em diversas áreas que

vão de encontro aos 5 pilares fundamentais definidos no PNSD 2021-2026 (1. Cultura de Segurança, 2. Liderança e Governança Clínica, 3. Comunicação, 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança, 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros).

Em cada serviço, um enfermeiro especialista é responsável por liderar o plano de formação, explorando e adequando a mesma às necessidades específicas do serviço, colaborando com os grupos por ele definidos na criação de projetos de melhoria continua para garantir a qualidade dos cuidados com base na evidência científica mais recente.

Um dos pilares fundamentais do PNSD 2021-2026 centra-se na comunicação. Perante uma equipa de grandes dimensões como no SU, a comunicação eficaz entre os seus elementos e a transmissão de informação são um fator de relevância no que toca à qualidade dos cuidados.

A Norma nº 001/2017 da OE (2017), afirma que a segurança nas transições de cuidados é alcançada através da garantia de uma comunicação eficaz entre as equipas de saúde. É responsabilidade dessas equipas assegurar que as informações são comunicadas de forma precisa e oportuna, reduzindo a incidência de erros e evitando lacunas na transmissão de informações. Essas lacunas podem resultar em interrupções graves na continuidade dos cuidados e no tratamento prestado, colocando em causa a segurança do doente.

A transmissão de informação refere-se a qualquer troca de dados entre profissionais de saúde e instituições, sobre a identificação e o estado de saúde doente, sempre que ocorre transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade pela prestação de cuidados (OE, 2017).

De forma a minimizar o erro, manter a continuidade dos cuidados e uniformizar o momento da transmissão de informação entre profissionais de saúde, surge, na norma referida anteriormente, a metodologia ISBAR (I: Identificação, S: Situação atual, B: Antecedentes, A: Avaliação, R: Recomendações. Esta metodologia é amplamente recomendada por diversas organizações de saúde devido à sua fácil memorização pelos profissionais e à capacidade de ser aplicada em diferentes contextos de cuidados. Além disso, é valorizada por ser uma estratégia que facilita a compreensão de mensagens, utilizando uma abordagem padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações relacionadas aos cuidados de saúde (OE, 2017).

No SU, esta mnemónica é reconhecida por parte dos enfermeiros, estando preconizado o seu uso em todas as situações de transição de cuidados. Apesar da utilização da técnica ISBAR já ser um procedimento implementado no serviço, existe um projeto de melhoria continua, liderado por um enfermeiro especialista em EMC, que de uma forma continua providencia formação aos elementos da equipa, especialmente aos que se encontram em integração.

Durante o estágio, a utilização da técnica ISBAR permitiu desenvolver uma comunicação clara e objetiva, essencial para a segurança do doente e a eficiência dos cuidados prestados. A mnemónica foi aplicada em vários momentos cruciais, como a passagem de turno, onde garantiu que todas as informações relevantes sobre os doentes fossem transmitidas de forma completa e precisa. Além disso, foi utilizada na transferência de informações entre diferentes setores e serviços, assegurando que a continuidade dos cuidados não fosse comprometida.

Em situações de emergência, a utilização desta técnica mostrou-se vital para fornecer rapidamente dados sobre o estado da PSC, permitindo uma resposta rápida e coordenada entre os elementos da equipa. A comunicação interdisciplinar também foi aprimorada, facilitando o entendimento e a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, como com a equipa médica. Estes exemplos ilustram como a aplicação consistente do ISBAR, durante o estágio, contribuiu significativamente para a melhoria da prática clínica e para a promoção de um ambiente de cuidados mais seguro e eficiente.

O Pilar 5 do PNSD 2021-2026, intitulado "Práticas Seguras em Ambientes Seguros", destaca a importância de um ambiente propício para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e em segurança. Mais do que a simples ausência de erros, a segurança do doente exige um ambiente físico e organizacional que previna eventos adversos e promova o bem-estar de todos os envolvidos (DGS, 2021).

Este pilar, reconhece que o contexto e as condições em que os cuidados são prestados influenciam diretamente a segurança do doente, sendo a implementação de medidas preventivas de eventos adversos, como erros de medicação, quedas, infeções hospitalares e outros incidentes uma necessidade nos serviços de saúde.

As falhas na identificação dos doentes representam uma causa significativa de erros relacionados com a administração de medicamentos, transfusões, realização de exames complementares de diagnóstico e tratamento, execução de procedimentos em pessoas erradas e outros incidentes graves que afetam a segurança e bem-estar dos doentes (DGS, 2011).

Neste sentido, a correta identificação dos doentes deve ser uma preocupação em qualquer contexto de cuidados de saúde e os SU não são exceção. Nestas circunstâncias, onde o tempo muitas vezes é crucial, a pressão é elevada e o ambiente é agitado, a correta identificação dos doentes torna-se essencial.

Integrada na cultura de segurança do CH em questão, está implementada no SU a Orientação nº 018/2011 da DGS - Mecanismos e Procedimentos de Identificação Inequívoca dos Doentes

em Instituições de Saúde (2011). Esta norma prevê a atribuição de uma pulseira de identificação que contém o nome, data de nascimento e número do processo hospitalar, elementos considerados fidedignos para a identificação do doente.

A utilização da pulseira de identificação é essencial para prevenir situações de risco e funciona como um importante dispositivo de segurança. No entanto, não substitui a identificação verbal, que complementa o processo de identificação, garantindo uma abordagem mais segura e confiável (DGS, 2011).

No SU, a identificação inequívoca dos doentes é crucial para garantir a sua segurança. Em muitos casos, os setores encontram-se sobrelotados, o que dificulta a identificação, especialmente daqueles que não apresentam condições para se identificar e não se encontram acompanhados. Neste ambiente caótico, a adoção de medidas preventivas, como a verificação das pulseiras de identificação, a confirmação dos dados do doente antes de qualquer procedimento e uma comunicação eficaz com os mesmos, desempenha um papel fundamental.

Na UNIC, a norma anteriormente mencionada também se encontra profundamente enraizada na prática da equipa de enfermagem. Todos os doentes admitidos para procedimentos eletivos são identificados de forma inequívoca com a pulseira preconizada. Embora os doentes provenientes do internamento geralmente já estejam identificados, a equipa verifica sempre a presença da pulseira. Da mesma forma, a identificação dos doentes admitidos em contexto de urgência, através da via verde coronária, é confirmada no momento da admissão na UNIC. Este rigor no processo de identificação assegura a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados prestados.

Durante os dois contextos de estágio, o cumprimento da norma de identificação inequívoca dos doentes foi uma prioridade fundamental. No momento da admissão, cada doente foi cuidadosamente identificado com a aplicação da pulseira. Esta prática garantiu que a identidade de cada doente fosse confirmada de forma precisa e consistente.

Além disso, uma estratégia chave adotada foi a confirmação dos dados dos doentes antes de qualquer procedimento. Este processo envolveu a verificação meticulosa das informações presentes nas pulseiras de identificação, bem como a confirmação verbal dos dados com os próprios doentes, sempre que possível. Esta abordagem proativa ajudou a minimizar o risco de erros, como a administração incorreta de medicamentos ou a realização de procedimentos inadequados, assegurando que cada intervenção fosse realizada com base em informações corretas e atualizadas.

A rigorosa aplicação desta norma contribuiu significativamente para a promoção da segurança dos cuidados prestados, ajudando a prevenir situações de risco. Ao integrar essas

práticas no dia a dia do estágio, foi possível desenvolver uma prática clínica mais segura e confiável, promovendo a qualidade dos cuidados e a confiança dos doentes.

Atualmente a UNIC, encontra-se em processo de acreditação, nesse sentido, apenas recentemente foram formados grupos de trabalho direcionados às temáticas abordadas no PNSD 2021-2026. Cada grupo de trabalho é liderado por um ou mais que um enfermeiro especialista, que em coordenação com o enfermeiro responsável pelo plano de formação articulam quais as necessidades do serviço, relativas ao domínio da qualidade.

São vários os projetos de melhoria continua em desenvolvimento neste momento, já aprovado existe o projeto para a “Promoção da cessação tabágica no utente com patologia cardiovascular”, em processo de aprovação estão os projetos “Transição segura: da Cardiologia para os Cuidados Primários” e “Implementação da consulta de enfermagem ao utente proposto para TAVI”.

Durante o estágio, houve a oportunidade de colaborar com o enfermeiro especialista na consulta de enfermagem pré-TAVI. Esta consulta segue as diretrizes estabelecidas pela norma 016/2013 da DGS (2013), que orienta a prática de implantação de válvulas aórticas transcater. De acordo com a mesma, é essencial que o doente, ou o seu representante legal, seja devidamente informado sobre a necessidade do tratamento, incluindo os efeitos secundários, benefícios e riscos associados à intervenção. Além disso, deve ser obtido um consentimento informado por escrito, que deve ser incluído no processo clínico do doente. Na consulta de enfermagem, o enfermeiro realiza uma avaliação abrangente do estado de saúde do doente. Esta avaliação inclui a revisão dos antecedentes pessoais e da medicação atual, a identificação de comorbilidades que possam afetar o procedimento, a colheita de dados antropométricos e a realização de análises laboratoriais. Este processo é fundamental para assegurar que o doente está apto para o procedimento e para antecipar possíveis riscos inerentes.

Além disso, desenvolve um papel essencial no que toca à educação, fornecendo informação detalhada sobre o procedimento, esclarecendo dúvidas e explicando o que pode esperar antes, durante e após a intervenção. Esta comunicação eficaz ajuda a reduzir a ansiedade, promove a adesão às orientações pré e pós-operatórias e contribui para o sucesso do tratamento.

O suporte emocional oferecido pelo enfermeiro, durante a consulta, é igualmente importante. A abordagem empática e a capacidade de ouvir e responder às preocupações, contribuem para uma melhor experiência geral e para a construção de uma relação de confiança entre o doente e a equipa de saúde.

O envolvimento ativo na consulta pré-TAVI, proporcionou uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento profissional e para o aperfeiçoamento de competências clínicas. Isso incluiu a realização de avaliações estruturadas aos doentes, o desenvolvimento de estratégias comunicacionais eficazes, em situações de preocupação e ansiedade e a aplicação de conhecimentos teóricos neste contexto prático específico.

Além disso, esta experiência destacou a importância do enfermeiro especialista em EMC no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, valorizando o seu papel central na equipa multidisciplinar. A norma referida inicialmente, relativamente à TAVI, não menciona a necessidade de inclusão do enfermeiro na "Heart Team de TAVI". No entanto, foi evidente o esforço e a dedicação da equipa de enfermeiros da UNIC em implementar e consolidar este projeto, procurando demonstrar a importância da sua intervenção na preparação do doente para o procedimento.

Durante o estágio, foi visível que os enfermeiros da UNIC demonstram uma grande preocupação e dedicam esforços significativos para aprofundar conhecimentos nas diversas áreas de intervenção existentes. Devido à complexidade e especificidade das técnicas e procedimentos envolvidos, a definição de instruções de trabalho, protocolos e procedimentos específicos para cada área de atuação é uma necessidade, não só para o desenvolvimento da prática profissional baseada na evidência científica mais atualizada, mas para permitir uma maior segurança a nível dos cuidados prestados e uma base para a formação e integração de novos profissionais.

A integração de estudantes da especialidade de EMC é também uma realidade constante na UNIC. Toda a complexidade inerente à diferenciação de áreas de intervenção e aos procedimentos existentes torna-se um fator dificultador para o processo de supervisão clínica e de integração dos estudantes. Nesse sentido, de forma a uniformizar a estrutura orientadora do processo de supervisão clínica dos estudantes do mestrado de EMC na área de especialização de enfermagem à PSC e facilitar o processo de integração na UNIC, foi desenvolvido um "Plano de integração de estudantes do mestrado em EMC na área de especialização de enfermagem à PSC na UNIC" (APÊNDICE I).

Este plano, que posteriormente será utilizado como base para o desenvolvimento de um procedimento específico neste serviço, tem como referenciais aqueles que orientam o exercício profissional no CHC em questão, entre eles, o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, o código deontológico, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e neste caso em concreto as competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas em EMC, na área de enfermagem à PSC.

Através do mesmo, espera-se uniformizar a estrutura orientadora do processo de supervisão clínica e de integração dos estudantes, promovendo o desenvolvimento do processo crítico-reflexivo perante a prática clínica e contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados durante o mesmo. Neste sentido, foi realizada uma formação no serviço (APÊNDICE II) com o objetivo de expor o plano desenvolvido e motivar os enfermeiros da UNIC à sua implementação no serviço.

De uma forma geral, através destas experiências foi possível desenvolver competências neste domínio de intervenção, prestando cuidados seguros e promovendo a melhoria contínua da qualidade nos diferentes contextos de estágio. Através do plano de integração desenvolvido na UNIC, foi possível deixar um contributo ao serviço no sentido de aprimorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados pelos estudantes que neste desenvolvem a sua prática clínica como futuros enfermeiros especialistas.

2.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão dos cuidados em enfermagem configura-se como um processo complexo e multifacetado, que exige do enfermeiro habilidades e conhecimentos específicos para garantir a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados aos doentes em diferentes contextos de saúde.

No domínio desta competência, o enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel fundamental ao otimizar as respostas da equipa de enfermagem em articulação com a restante equipa multidisciplinar, assegurando a segurança e qualidade das tarefas delegadas. No mesmo sentido, adequa os recursos disponíveis de acordo com as necessidades específicas dos cuidados, identificando o estilo de liderança mais apropriado para garantir a qualidade na prestação dos mesmos (OE,2019).

Ao desenvolver e dominar as competências essenciais para a gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel essencial na procura pela excelência dos cuidados. Através de uma liderança eficiente, comunicação eficaz, delegação estratégica, tomada de decisões assertiva, adaptabilidade, conhecimento técnico e científico, gestão adequada de recursos e avaliação contínua da qualidade, contribui significativamente para a segurança do doente, para a qualidade dos cuidados, para a satisfação da sua equipa (OE, 2019).

De modo a garantir o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, foi definido para os diferentes contextos de estágio, SU e UNIC, o objetivo “Desenvolver competências na área da gestão de cuidados especializados à pessoa em situação crítica,

garantindo a qualidade e segurança dos mesmos”. Nesse sentido, em cada um dos contextos de estágio, definiu-se como atividade primordial, acompanhar o enfermeiro coordenador responsável pelo turno, participando ativamente nas atividades de gestão de cuidados e de recursos humanos e materiais desenvolvidas.

No que diz respeito às funções de coordenação, o Parecer Conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade de EMC da OE (2017) estabelece que o enfermeiro responsável pelo turno deve possuir um conjunto específico de competências, que incluem tanto as competências comuns como as específicas na área de especialização, conforme definido pelo conjunto de conhecimentos científicos essenciais da unidade ou serviço em questão. Esse conjunto de competências, permite que este seja líder no conhecimento, nas habilidades e na cultura organizacional, antecipando as necessidades dos cuidados, prevenindo complicações e promovendo respostas seguras e adequadas.

No contexto específico do SU, as funções de coordenação devem recair sobre enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, sendo este princípio suportado pelo Regulamento n.º 743/2019 de 2019, da OE. Neste serviço, além da enfermeira gestora, existe diariamente distribuído um enfermeiro coordenador e um enfermeiro responsável por cada setor do SU, ambos os cargos são assegurados por enfermeiros especialistas em EMC, o que vai de encontro ao princípio anteriormente referido.

O enfermeiro coordenador assume a responsabilidade integral pelo funcionamento do SU, demonstrando, através da sua experiência na gestão das dinâmicas do serviço, a capacidade de manter o equilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis.

No início de cada turno, o enfermeiro coordenador, realiza uma análise abrangente de todo o serviço com vista a identificar possíveis necessidades em cada setor. Apesar desta avaliação inicial, durante o turno, surgem diversas solicitações e uma variedade de problemas a resolver, sendo comum o aumento do fluxo de doentes admitidos e a necessidade de ajustes na distribuição da equipa, levando à mobilização de profissionais conforme a carga de trabalho existente nas diferentes áreas.

Devido às grandes dimensões do serviço e à exigência a nível da gestão dos recursos humanos, este exercício diário promove um enorme desgaste naqueles que exercem funções de coordenação. Possuir conhecimentos e pensamento crítico para justificar a tomada de decisões, nem sempre fáceis e unânimes é essencial face às exigências deste contexto clínico. Na gestão do SU, além das responsabilidades relacionadas com a gestão de recursos humanos, o enfermeiro coordenador também desempenha uma série de tarefas logísticas essenciais. Este deve garantir a reposição adequada do material consumível, coordenar o

stock de medicação semanal e supervisionar o processo de esterilização do material utilizado na urgência. Deve também facilitar a comunicação e articulação entre as diferentes áreas do SU e os outros serviços do hospital, além de coordenar o transporte dos doentes para outras instituições de saúde.

Durante o estágio, através do acompanhamento do enfermeiro coordenador, tornou-se evidente a sua importância na organização e gestão do SU. A sua atuação desempenha um papel crucial ao facilitar a prestação de cuidados, especialmente em momentos imprevisíveis e desafiadores.

A colaboração com os enfermeiros responsáveis de cada setor representa outro ponto fundamental, promovendo uma melhor coordenação entre os envolvidos, minimizando os impactos negativos no funcionamento do SU e garantindo a segurança dos cuidados prestados em cada setor. Um exemplo dessa estreita articulação ocorre na SE, onde o enfermeiro responsável, em colaboração com os demais membros da equipe, verifica se todos os requisitos técnicos, materiais e humanos estão em conformidade. Caso exista alguma situação fora do que é esperado, cabe a este, em conjunto com o enfermeiro coordenador, avaliar as necessidades e responder de forma rápida e eficaz para otimizar o funcionamento da SE.

Durante o estágio, observou-se uma necessidade constante de realocação de enfermeiros entre diferentes setores, visando garantir a melhor dotação possível para fornecer cuidados adequados e seguros aos doentes em situação crítica. Embora essa necessidade seja intrínseca ao serviço, algumas situações resultaram na alteração do local de alocação inicial, causando dificuldades na planificação das atividades a serem desenvolvidas em cada turno e promovendo constrangimentos e desorganização nos cuidados prestados. No entanto, através do diálogo e da reflexão, foi possível considerar essas situações como oportunidades para uma compreensão mais ampla dos desafios envolvidos na prestação de cuidados no SU, desenvolvendo habilidades para responder a essa imprevisibilidade.

Na UNIC, a gestão dos cuidados é liderada pela enfermeira gestora em parceria com um enfermeiro coordenador, que se encontra sempre distribuído no polo principal do CH e assume funções de responsável de turno sempre que se encontra presente no serviço. Este assume a responsabilidade de desenvolver os horários mensais para todos os profissionais da UNIC, incluindo a distribuição diária pelos diferentes polos e setores da unidade.

Em cada polo da unidade, existe um enfermeiro responsável de turno, que assegura a supervisão de todas as áreas de intervenção, garantindo ao seu correto funcionamento. Este enfermeiro é responsável pela gestão dos recursos humanos e materiais, realizando todos os

pedidos de reposição da farmácia e de material clínico, trabalhando em estreita colaboração com os serviços de apoio à UNIC, incluindo, o serviço de esterilização, o serviço de aprovisionamento, os serviços farmacêuticos, o Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos (SPCIRA), entre outros.

Conforme recomendado no parecer conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC (2017), nos dois contextos de estágio, são os enfermeiros especialistas que assumem a função de enfermeiro coordenador e de enfermeiro responsável de turno.

Em ambos os serviços, através do acompanhamento destes profissionais, foi possível verificar a necessidade constante em analisar criticamente situações complexas, tomar decisões estratégicas sustentadas em evidências científicas e resolver problemas de forma consciente, promovendo a manutenção de um ambiente seguro em conformidade com as normas institucionais. Só um gestor que toma decisões baseadas em evidências, garante que os recursos são utilizados de forma eficaz, que os riscos para o doente são minimizados e que os cuidados prestados são de alta qualidade.

Nesse sentido, durante o período de permanência no SU e na UNIC, foi essencial desenvolver conhecimentos e aprofundar a procura por evidência científica que sustentassem as atividades de gestão e coordenação desenvolvidas, permitindo fortalecer competências neste domínio de intervenção.

2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O processo de desenvolvimento de competências profissionais de nível especializado, revela uma adaptação extremamente desafiante e complexa, tanto na perspetiva profissional, como pessoal, na procura pela excelência no exercício da profissão.

De acordo com o Artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro, republicado no Estatuto da OE (2015), o enfermeiro deve procurar a excelência em todas as suas atividades profissionais, comprometendo-se a manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e a utilizar as tecnologias existentes de forma competente, destacando a importância da formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Este compromisso para com a atualização contínua, vai de encontro os direitos dos doentes em receber cuidados de qualidade baseados na mais recente evidência científica, nas diversas dimensões da profissão (OE, 2015).

No mesmo sentido, no domínio do desenvolvimento de competências especializadas, o Regulamento nº 140/2019 da OE (2019) afirma que o enfermeiro tem o dever de desenvolver o seu autoconhecimento e a sua assertividade, baseado a sua prática clínica em evidência científica (OE, 2019).

Atualmente, o enfermeiro dispõe de uma variedade de recursos que promovem o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O acesso fácil e a disponibilidade de bases de dados científicas como fontes de referência bibliográfica para fundamentar a prática, são exemplos disso. No entanto, a partilha de experiências entre colegas e outros profissionais emerge como uma ferramenta essencial no desenvolvimento destas competências.

Durante os estágios, o desenvolvimento de pesquisa bibliográfica foi essencial para fundamentar os conhecimentos adquiridos em evidência científica e nas melhores práticas recomendadas por entidades relevantes. Esta procura por informações confiáveis e atualizadas permitiu compreender a teoria existente por trás da prática consolidando o processo de aprendizagem, desenvolvendo o pensamento crítico-reflexivo e facilitando a tomada de decisão em situações complexas de acordo com o que é cientificamente recomendado.

Desenvolver o pensamento crítico-reflexivo revelou-se um desafio significativo, pois exige a capacidade de analisar e avaliar continuamente e com rigor as próprias práticas e decisões. No ambiente clínico, marcado por pressão e complexidade, é frequentemente difícil encontrar tempo e espaço mental para uma reflexão aprofundada, sendo essencial adotar um método estruturado que suporte este processo.

Nesse sentido, o ciclo reflexivo de Gibbs, desenvolvido por Graham Gibbs em 1988, representa um modelo estruturado de reflexão que ajuda a estruturar o pensamento crítico e a retirar aprendizagem daquilo que são as experiências desenvolvidas.

Este ciclo é composto por seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação. Na descrição, detalha-se o que aconteceu de forma objetiva. Na fase dos sentimentos, reflete-se sobre as emoções e pensamentos durante o evento. A avaliação analisa os aspetos positivos e negativos da experiência. A análise procura entender o porquê de os acontecimentos ocorrerem daquela maneira. A conclusão considera o que poderia ter sido feito de forma diferente. Finalmente, o plano de ação elabora estratégias para lidar com situações semelhantes no futuro (Gibbs, 1988).

A utilização deste modelo, foi particularmente importante no processo de desenvolvimento de competências especializadas, uma vez que, promove a aprendizagem contínua e o

desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, permitindo identificar pontos fortes e áreas a melhorar, resultando em práticas clínicas mais eficazes e seguras.

Através da partilha de experiências com os enfermeiros das equipas do SU e da UNIC, foi também possível enriquecer o processo de aprendizagens com diferentes perspetivas, ampliando os horizontes e desenvolvendo novas habilidades.

O contacto com os enfermeiros especialistas em EMC revelou-se especialmente enriquecedor, evidenciando a sua importância no seio da equipa multiprofissional e destacando a sua dedicação, perícia e impacto positivo na prática clínica. Ao explorar os detalhes do cuidado especializado, foi possível observar as suas habilidades em avaliar e intervir eficazmente na PSC, inspirando assim a busca pela excelência na prestação de cuidados de enfermagem e impulsionando o desenvolvimento de competências profissionais.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

As competências específicas são aquelas que surgem das respostas humanas aos processos vitais e aos problemas de saúde, assim como do âmbito de atuação estabelecido para cada área de especialidade, evidenciando-se por um alto nível de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019). Neste sentido, e devido à sua vasta abrangência a especialidade em EMC foi dividida em várias áreas de especialização, considerando o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, a área de enfermagem à PSC tem como alvo dos seus cuidados a pessoa “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” (OE, 2018, p. 4), o que requer “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” (OE, 2018, p. 4).

O mesmo documento, com vista a prover um enquadramento regulador para a certificação das competências, identifica como competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC : cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

Estas competências são consideradas essenciais para uma prática de enfermagem especializada, sendo o seu desenvolvimento crucial para garantir a excelência e a qualidade dos cuidados prestados à PSC e à sua família.

3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em EMC (OE, 2018, p.4)”.

Se, em situação crítica, a monitorização constata e a avaliação diagnóstica são essenciais, a antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica devem ser vistos como pilares fundamentais no exercício da prática profissional do enfermeiro especialista. Nesse sentido, é espectável, que este preste cuidados de qualidade à pessoa em risco imediato de vida, com o objetivo de manter as funções vitais básicas, antecipando complicações, evitando incapacidades e participando ativamente na sua recuperação e bem-estar (OE, 2018).

No sentido de dar resposta ao domínio desta competência e tendo em conta a importância do desenvolvimento da prática especializada durante os diferentes contextos de estágio, foi definido como objetivo para o SU: “Desenvolver competências, na área da prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, admitida na sala de emergência, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica” e para a UNIC: “Desenvolver competências, na área da prestação de cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de situação crítica, admitida na hemodinâmica, de acordo com o tipo de intervenção - Intervenção coronária, Intervenção estrutural e eletrofisiologia e pacing”.

Em ambos os estágios, o principal foco centrou-se na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica, sendo que, considerando o interesse pessoal e profissional, de forma a aprimorar e desenvolver competências relacionadas com a PSC, o estágio do SU foi direcionado para a SE.

A prática de enfermagem nesse contexto apresenta-se como altamente especializada, exigindo uma combinação de habilidades técnicas e conhecimentos científicos, associados a uma abordagem sistematizada, seguindo uma sequência de avaliação e atuação por prioridades (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2023).

Identificada como “XABCDE”, esta abordagem encontra-se uniformemente protocolada, permitindo a existência de uma linguagem universal que contribui para melhorar o trabalho em equipa (INEM, 2023).

Segundo a mesma fonte, as seis etapas desta abordagem correspondem a: X- Hemorragia Exsanguinante; A - Permeabilização da Via Aérea; B.- Ventilação e Oxigenação; C – Manter a Circulação; D - Disfunção Neurológica; E - Exposição com Controlo de Temperatura.

O seu principal objetivo prende-se na definição de uma estratégia transversal, que deve ser utilizada para avaliar o doente, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida. A identificação de situações clínicas potencialmente fatais e o início imediato e sequencial das intervenções, permitem evitar a deterioração e prevenir a paragem cardiorrespiratória (PCR) (INEM, 2023).

Visto que os cuidados de enfermagem à PSC, exigem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018, p.4)”, durante o estágio houve sempre a preocupação de interiorizar, compreender e fundamentar os cuidados na abordagem “XABCDE”, desenvolvendo competências essenciais para uma prática clínica avançada.

Para demonstrar este compromisso, foram realizadas várias atividades que evidenciam a aplicação prática da abordagem proposta. A realização de avaliações estruturadas e sistemáticas, utilizando a técnica “XABCDE”, em todos os doentes admitidos no SU e na UNIC, permitiu a identificação rápida de sinais de deterioração do estado clínico do doente. Esta prática assegurou uma abordagem imediata e eficaz perante qualquer condição que pudesse colocar em risco a vida do doente, garantindo a sua estabilização antes de prosseguir para a fase seguinte.

Além disso, tanto SU como na UNIC, foi uma preocupação constante garantir a monitorização contínua imediata de todos os doentes admitidos. Esta monitorização incluiu a vigilância eletrocardiográfica, bem como a medição frequente da pressão arterial, saturação de oxigénio, frequência respiratória, temperatura e nível de dor. Este acompanhamento rigoroso assegurou que quaisquer alterações clínicas fossem detetadas precocemente, permitindo intervir de forma adequada, antecipando possíveis complicações.

A adoção desta abordagem na elaboração de registos clínicos, foi também uma estratégia adicional implementada para promover a interiorização deste conceito. Na SE, revelou-se fundamental realizar registos detalhados e precisos de todas as intervenções e observações efetuadas, sendo esta, acompanhada por uma reflexão crítica sobre a eficácia das ações realizadas e sobre áreas de possível melhoria.

Este processo de documentação, realizado em colaboração com o enfermeiro responsável, foi essencial para o desenvolvimento contínuo de competências e destacou a importância de utilizar uma linguagem comum para a sistematização da informação relativa à PSC, facilitando a comunicação e a análise dos cuidados prestados.

A utilização desta linguagem comum, durante a prestação de cuidados e nas interações com os demais membros da equipa multidisciplinar, especialmente com os médicos, garantiu uma abordagem holística e integrada no cuidado ao doente. Esta colaboração tornou-se fundamental para assegurar que todas as necessidades dos doentes fossem atendidas de maneira coordenada e eficiente, promovendo uma gestão abrangente e eficaz das suas condições clínicas.

No mesmo contexto, considerando a enorme possibilidade de eventos críticos que podem surgir, cabe ao enfermeiro especialista em EMC demonstrar competências avançadas ao identificar prontamente focos de instabilidade, respondendo de forma imediata e antecipatória a esses sinais e sintomas, executando cuidados técnicos de alta complexidade direcionados à pessoa PSC (OE, 2018).

Na SE, as admissões ocorrem por uma enorme variedade de patologias, associadas a diferentes especialidades. Durante a permanência no serviço, foram inúmeras as oportunidades de aprendizagem, sendo possível prestar cuidados individualizados e diferenciados à PSC a enfrentar processos complexos como síndrome coronariano agudo, déficit neurológico agudo, sépsis, paragens cardiorrespiratórias, edema agudo de pulmão associado a IC, arritmias de peri-paragem, choques, alterações metabólicas severas, entre outros.

Apesar de toda a diversidade de experiência vivenciadas durante o período de estágio no SU, o reconhecimento da abordagem utilizada nas diferentes Vias Verdes instituídas, foi uma das atividades propostas para alcançar o objetivo específico definido inicialmente.

Com base na Norma nº 002/2018 da DGS (2018), referente ao processo de Triagem de Manchéster, os SU devem ter implementadas as Normas da DGS relativas às Via Verde do Acidente Vascular Cerebral, Via Verde da Sépsis no Adulto, Via Verde de Trauma e Via Verde Coronária.

A mesma entidade, define a Via Verde “como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações (DGS, 2017, p.17)”.

A implementação das Vias Verdes tem melhorado significativamente a eficácia dos SU, reduzindo os tempos de espera e de permanência, além de melhorar os indicadores de qualidade. Esta filosofia é totalmente compatível com o Sistema de Triagem de Manchester, uma vez que, ao identificar os riscos e sistematizar o percurso do doente, facilita a ativação das mesmas durante esse processo. (Grupo Português de Triagem (GPT), 2011).

Como já referido anteriormente, todo o procedimento de triagem, a nível hospitalar, é realizado por enfermeiros. Estes devem possuir formação específica em sistema de triagem de prioridades e preferencialmente possuírem o título de especialistas em EMC na área de Enfermagem à PSC (OE, 2019).

Sendo o primeiro profissional de saúde a entrar em contato com o doente, o enfermeiro, desempenha um papel crucial na identificação dos sinais e sintomas e na ativação das Vias Verdes. Como enfermeiro especialista, é essencial que apresente conhecimentos aprofundados relativos aos algoritmos de triagem, considerando as diferentes vias verdes e que desenvolva competências de tomada de decisão. Assim, com base na sua avaliação inicial, deve ser capaz de priorizar os cuidados necessários, fundamentando-se numa tomada de decisão adequada que vá ao encontro às necessidades dos doentes em situações de risco de vida (Bemposta et al., 2024).

Encarando o futuro como enfermeiro especialista em EMC e considerando os interesses pessoais e profissionais envolvidos, bem como a frequência com que foi ativada, a Via Verde Coronária, teve uma maior relevância durante este processo de aprendizagem. Refletir sobre esta e desenvolver conhecimentos e competências relacionados com a mesma tornou-se essencial, servindo de ponte para o segundo momento de estágio, na UNIC, e aplicando-se inteiramente no contexto profissional.

O procedimento da Triagem de Manchester envolve a identificação da queixa inicial do doente e o seguimento do respetivo fluxograma de decisão. Relativamente à Via Verde Coronária, existe um algoritmo específico denominado "Dor Torácica", onde o discriminador "Dor Precordial" indica prioridade Laranja (Muito Urgente) (GPT, 2011).

Esta sintomatologia, consiste na sensação de dor ou desconforto não traumático que surge na região anterior do corpo e/ou na região posterior, podendo manifestar-se como uma sensação de pressão ou peso retrosternal, com irradiação para o braço esquerdo, pescoço ou mandíbula, podendo ser intermitente ou persistente e estar acompanhada de sudorese fria, náuseas, dor abdominal ou até lipotimia (Collet et al., 2021).

Segundo Lima et al. (2021), existem uma variedade de distúrbios que podem desencadear episódios de dor torácica/ precordial, incluindo síndromas que apresentam risco de vida associado, como as Síndromas Coronárias Agudas (SCA).

Considerando a elevada mortalidade por SCA, o INEM (2020), identifica como a melhor estratégia de intervenção o seu rápido reconhecimento, visando a redução do intervalo de tempo entre o começo da sintomatologia e o início imediato do tratamento adequado, ainda em ambiente pré-hospitalar.

Com a finalidade de reduzir a morbilidade e mortalidade associada aos SCA, em 2017 foi implementada a nível nacional, a Via Verde Coronária, sob a coordenação do INEM em conjunto com outras entidades. Esta estratégia, permite a redução do intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o tratamento eficaz, visando a fomentação da estratégia de reperfusão mais adequada e o eficiente transporte do ambiente pré-hospitalar para um hospital diferenciado, capaz de dar a resposta adequada (Bemposta et al, 2023).

O processo fisiológico associado a SCA, também comumente identificada como Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), inicia-se com a rutura ou erosão da placa de ateroma nas artérias coronárias, provocando hemorragia local e edema que reduzem o diâmetro interno da artéria. Este evento causa contração do músculo liso arterial, agravando a diminuição do lúmen, promovendo a agregação plaquetária e a formação de trombos na superfície da placa de ateroma, resultando na obstrução parcial ou total do lúmen arterial ou em fenómenos embólicos distais (INEM, 2020).

Para o correto diagnóstico da SCA é essencial conhecer a história clínica do doente, juntamente com a sintomatologia associada e a realização de um exame físico adequado, bem como com os achados eletrocardiográficos através do Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e de marcadores de necrose miocárdica, especialmente a troponina de alta sensibilidade (Collet et al., 2021).

Neste contexto, o ECG de 12 derivações representa o exame complementar diagnóstico com maior relevância, devendo ser realizado nos primeiros 10 minutos de contacto com o doente, tanto em ambiente pré-hospitalar quanto no hospital. Alterações eletrocardiográficas neste primeiro traçado podem confirmar a suspeita de SCA, sendo a avaliação dos sinais vitais e a monitorização contínua fundamental para detetar possíveis complicações, como arritmias peri-paragem ou até PCR (INEM, 2020).

Todo este processo, desde o momento da triagem, ou do primeiro contacto em pré-hospitalar, até ao correto encaminhamento do doente, pode ser bastante complexo e de difícil reconhecimento. Segundo Ornelas (2023), os sinais e sintomas de SCA podem ser atípicos, exigindo por parte dos enfermeiros uma sólida base teórico-prática para identificar precocemente alterações cardíacas e implementar medidas adequadas de forma segura e eficaz. A competência dos enfermeiros, especialmente dos especialistas em EMC, é crucial nestas situações, uma vez que, estes assumem a responsabilidade pelo procedimento de triagem, pela identificação correta de sinais/sintomas de alerta, pela ativação da via verde coronária, identificando a necessidade imediata da realização do ECG de 12 derivações e o encaminhamento adequado dos doentes.

Segundo o INEM (2020), através da análise do ECG, é possível identificar diferentes tipos de SCA, o EAM com supradesnivelamento do segmento ST (EAM c/ SST) e o EAM sem supradesnivelamento do ST (EAM s/ SST), que inclui ainda a angina instável. Nestes dois últimos, o diagnóstico diferencial depende de biomarcadores que podem ser detetados horas mais tarde e a decisão do tratamento depende da apresentação e das manifestações clínicas.

O supradesnivelamento do segmento ST no ECG de 12 derivações e uma história de dor torácica aguda prolongada é fundamental para o diagnóstico do EAM c/ SST. Estes sinais, geralmente, indicam uma lesão miocárdica em evolução devido à oclusão completa de uma artéria coronária, resultando em isquemia transmural (INEM,2020).

Devem ser encarados como uma verdadeira emergência médica, visto que, à medida que o tempo passa as possibilidades de reperfusão miocárdica diminuem (Collet et al., 2020). Nesse sentido, sem a terapêutica e o tratamento adequado, a lesão miocárdica pode estender-se por toda a área irrigada pela artéria, havendo, risco significativo de taquicardia ventricular e fibrilação ventricular, que podem levar a situações de morte súbita (INEM 2020).

Tendo em conta o mesmo autor, o tratamento inicial em todos os casos de SCA, compreende medidas dirigidas aos sintomas e às causas. O alívio da dor é uma das intervenções de primeira linha. Conforme referenciado no regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista em EMC, tem como responsabilidade, gerir a dor e o bem-estar da PSC, otimizando as suas respostas. Nestas situações em específico, torna-se essencial a gestão e o controlo da dor, não só para o conforto do doente, como para redução da hiperatividade simpática associada à dor, que potencia a vasoconstrição e estimula o trabalho cardíaco (INEM,2020).

Também a ansiedade, é referenciada por Collet et al (2021), como uma reação natural ao SCA e à dor. Esta deve ser vista como um foco de instabilidade nestes doentes, sendo muito importante que estes se sintam tranquilos.

A gestão da ansiedade e de perturbações emocionais decorrentes de situações críticas, ou de situações de doenças súbitas, deve ser outras das competências demonstradas por parte dos enfermeiros especialistas que asseguram cuidados a doentes de SCA. Segundo o regulamento n.º 429/2018, este deve demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e dos medos vividos pela pessoa, estabelecendo uma relação terapêutica com a mesma, através de uma comunicação eficaz que facilite os processos de transição inerentes a estas situações.

No tratamento da dor, as intervenções não farmacológicas são particularmente relevantes para a prática de enfermagem. Estes tipos de técnicas, são recomendadas para prevenir e

reduzir a dor associada a eventos agudos, apresentam eficácia comprovada, baixo risco para os doentes e ainda baixo custo associado (Costa, 2020). No entanto, nem sempre são eficazes, sendo a morfina o analgésico de primeira linha no tratamento da dor associada a SCA. Este fármaco, além de promover o alívio da dor, apresenta um ligeiro efeito sedativo. Os nitratos são também utilizados no tratamento da dor, provocando dilatação das artérias coronárias e apresentado benefícios a nível hemodinâmico (INEM, 2020).

No que diz respeito à ansiedade, quando o apoio emocional não é suficiente, deve ser considerada a administração de um ansiolítico, geralmente uma benzodiazepina (Collet et al., 2021).

Relativamente à causa do SCA, a antiagregação plaquetária representa o tratamento primordial, quer exista ou não desnivelamento do segmento ST, e independentemente da estratégia de reperfusão. O Acido acetilsalicílico, consiste no fármaco mais importante no tratamento inicial dos SCA e a sua administração deve ser feita o mais precocemente possível pelos profissionais de saúde que tenham o primeiro contacto com o doente. Os Inibidores P2Y12 (Ticagrelor, Prasugrel e Clopidogrel), são antiagregantes plaquetários, que devem ser administrados em combinação com o ácido acetilsalicílico, podendo ser administrados ainda no meio pré-hospitalar, após confirmação do diagnóstico e antes do procedimento de reperfusão (INEM, 2020).

A reperfusão, nos doentes com EAM c/ SST, deve ser iniciada nas primeiras 12 horas após o início dos sintomas, com o objetivo de restaurar o fluxo sanguíneo ao miocárdio e minimizar lesões irreversíveis. Este processo pode ser realizado através de fibrinólise, intervenção coronária percutânea primária (ICPP) ou uma combinação de ambas (INEM, 2020).

Segundo o mesmo autor, a ICPP, é frequentemente preferida, demonstrando superioridade relativamente à fibrinólise no que toca à mortalidade, especialmente em doentes em choque. Também as diretrizes da ECS, afirmam que a ICPP representa o tratamento preferencial nestes casos em concreto, com melhores resultados observados quando realizada nas primeiras duas horas após o início dos sintomas e com a recomendação de que seja feita em menos de 30 minutos após a admissão hospitalar. Contudo, se os doentes estiverem a mais de uma hora de distância de um centro de hemodinâmica, o uso de fibrinolíticos deve ser considerado, sendo particularmente eficaz se administrados nas primeiras 2-3 horas após o início dos sintomas (Collet et al., 2021).

Como é possível verificar, em situação de EAM c/ SST, dar prioridade à transferência rápida para laboratórios de hemodinâmica é crucial para otimizar os resultados terapêuticos. A ativação da equipa de hemodinâmica, ainda em fase pré-hospitalar, deve ser uma das

intervenções prioritárias, permitindo reduzir atrasos e diminuir a mortalidade, reforçando assim a importância da equação TEMPO = MIOCÁRDIO (INEM, 2020).

Relativamente ao procedimento da ICPP, numa primeira fase, através de angiografia coronária, é identificada a artéria ocluída. Posteriormente, introduz-se um fio-guia até ao local da lesão, onde será colocado um balão cuja insuflação permitirá a abertura da artéria em causa (INEM, 2020). Comparado à angioplastia com balão de forma isolada, a técnica de eleição, consiste na implantação de um stent coronário com ou sem fármaco após a abertura da artéria. Esta técnica, está associada a redução do risco de revascularização repetida do vaso alvo e à diminuição da taxa de mortalidade nos doentes submetidos a ICPP (Collet et al., 2021)

Durante todo o procedimento, o enfermeiro EMC desempenha um papel crucial através de várias intervenções essenciais. Este tem a responsabilidade de admitir o doente na unidade, assegurando que todas as informações relevantes sejam transmitidas, explicando detalhadamente todo o procedimento através de uma linguagem clara e acessível para garantir a compreensão de cada etapa do processo.

A monitorização contínua do doente ao longo de todo o procedimento, é outra função vital do enfermeiro, sendo a sua capacidade para reconhecer complicações precocemente crucial para a prevenção de eventos adversos.

As principais complicações associadas à ICPP são de natureza vascular, conforme descrito por Hilário et al. (2017). Entre estas complicações estão os hematomas, hemorragias no local de acesso, hemorragia retroperitoneal, pseudoaneurismas e fístulas arteriovenosas. Tais complicações podem comprometer significativamente a recuperação do doente, exigindo vigilância constante e intervenções imediatas para minimizar os riscos.

Além das complicações vasculares, Gomes et al. (2018) destacam outras potenciais complicações que podem surgir durante ou após a ICPP. A nefropatia induzida pelo contraste é uma preocupação importante, especialmente em situações de função renal comprometida. Alterações no estado de consciência, são possíveis e requerem monitorização rigorosa. O acidente vascular cerebral é outra complicação grave que pode ocorrer, exigindo intervenção imediata.

Segundo o mesmo autor, as alterações hemodinâmicas, como a hipotensão ou arritmias, são comuns durante a ICPP e podem exigir intervenções rápidas para estabilizar o doente. Quando tais alterações ou complicações são identificadas, o enfermeiro deve responder de forma imediata e eficaz, aplicando os conhecimentos clínicos adquiridos em colaboração constante com a equipa médica, para uma intervenção rápida e adequada.

O enfermeiro é também responsável por preparar e administrar toda a medicação protocolar e de emergência necessária, além de disponibilizar todos os materiais essenciais para a realização do procedimento, tais como cateteres de diagnóstico, fios-guia, balões de dilatação e stents. Esta preparação minuciosa é essencial para assegurar que todos os instrumentos e medicamentos estão prontamente disponíveis, contribuindo para a eficácia e segurança do procedimento.

No final da intervenção, o enfermeiro realiza a hemostasia do acesso vascular. Este processo inclui a remoção do introdutor e a confirmação da presença de fluxo arterial, observada pelo sangramento mínimo no local da punção. É crucial que a compressão manual seja mantida por pelo menos 10 minutos até se atingir a hemostasia completa, seguida da aplicação de um penso compressivo para garantir a estanquidade do local de punção. Em casos de punção radial, é frequentemente utilizada uma pulseira hemostática, como o TRBAND® Radial Compression Device, que permite um controle mais preciso da hemostasia. Nesses casos, cabe ao enfermeiro assegurar a desinsuflação adequada do equipamento e monitorizar rigorosamente a perfusão tecidual, de modo a identificar possíveis alterações que possam comprometer a oxigenação dos tecidos. Adicionalmente, é da sua responsabilidade avaliar continuamente o risco de hemorragia e implementar intervenções oportunas, sempre que necessário.

Durante o período de recobro, o doente deve ser mantido sob monitorização contínua e sob vigilância rigorosa para detetar e intervir precocemente em qualquer complicação associada à ICPP.

Tendo em conta todos os tratamentos e intervenções realizadas, é essencial destacar a responsabilidade do enfermeiro na implementação do processo da via verde coronária. Este papel, abrange desde o atendimento pré-hospitalar até o encaminhamento do doente do SU para outros serviços, após o tratamento na sala de hemodinâmica e durante todo o procedimento.

O conhecimento detalhado e a atuação conforme os protocolos institucionais vão ao encontro das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, que inclui a administração de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2018).

Os protocolos são ferramentas que contêm recomendações sistemáticas baseadas em evidências científicas, visando garantir a qualidade dos cuidados. Na enfermagem, a sua implementação reduz a variabilidade das ações de cuidado, melhora a qualificação dos profissionais para a tomada de decisão, facilita a incorporação de conhecimentos e promove a inovação nos cuidados. Importante referir que para o sucesso da implementação é crucial o envolvimento dos profissionais na sua construção (Figueiredo, 2018).

No desenvolvimento de competências especializadas, reconhece-se a importância de existirem recomendações detalhadas e protocolos específicos no SU e na UNIC. Estes protocolos são fundamentais para uniformizar os cuidados de enfermagem, proporcionando uma base sólida para orientar e fundamentar as práticas clínicas desenvolvidas durante o período de aprendizagem. Dada a complexidade e diversidade dos procedimentos nestes serviços, diretrizes claras e acessíveis a todos os profissionais são essenciais, sendo também uma mais-valia para aqueles que neles se integram. A documentação minuciosa de cada procedimento, reforça a competência dos enfermeiros especialistas e garante a eficácia das intervenções de enfermagem, além de destacar a necessidade do seu envolvimento ativo na elaboração e atualização dos mesmos, alinhando-os às melhores práticas e evidências científicas.

No decorrer do processo de aprendizagem, foi constatada a existência de numerosos protocolos terapêuticos. A familiarização e a utilização consistente desses protocolos, contribuíram significativamente para o desenvolvimento de uma atitude autônoma e confiante na prestação de cuidados seguros, adequados e de alta qualidade. Além disso, a adesão aos mesmos, garantiu que os cuidados prestados estivessem em conformidade com a realidade e os padrões da instituição, promovendo a uniformidade e a eficiência no acompanhamento dos doentes.

No que diz respeito aos doentes admitidos no SU através da via verde coronária, acompanhar o seu percurso, revelou-se uma experiência extremamente enriquecedora e desafiadora.

Esta abordagem permitiu aplicar de forma prática e eficaz todos os conhecimentos teóricos adquiridos, bem como as evidências científicas mais recentes. Cada etapa do processo, desde o diagnóstico inicial, passando pela intervenção imediata na hemodinâmica, até ao internamento, foi essencial para compreender e garantir a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, este acompanhamento contínuo proporcionou uma visão holística do tratamento do doente com SCA, destacando a importância da coordenação multidisciplinar e do trabalho em equipa para otimizar os resultados clínicos e promover a recuperação do doente.

Em suma, durante este período, foi possível vivenciar e aplicar diretamente as competências do enfermeiro especialista em EMC no cuidado à pessoa e à família que enfrentam processos complexos de doença crítica ou falência orgânica. O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial não apenas na execução das técnicas dos cuidados, mas também na capacidade de proporcionar um ambiente de cuidado adequado e eficaz.

Ao enfrentar situações clínicas desafiadoras, como aquelas encontradas neste estágio, foi possível demonstrar o desenvolvimento de competências avançadas a nível da identificação

de focos de instabilidade, através da avaliação contínua do doente e da resposta antecipatória a sinais e sintomas sugestivos de complicações associadas aos processos complexos de doença. Estas competências não apenas promoveram uma resposta eficaz e imediata às necessidades emergentes do doente, como também contribuíram para promover um ambiente seguro e de conforto para a pessoa e a sua família.

Além disso, ter a oportunidade de desenvolver habilidades comunicacionais que permitiram envolver ativamente a família no processo de cuidado, oferecendo suporte emocional e educacional, foi extremamente enriquecedora. Este processo, envolveu explicar de forma clara e empática os procedimentos, os possíveis desfechos e o plano de cuidados, ajudando a aliviar a ansiedade e promovendo uma decisão informada por parte dos mesmos.

De uma forma geral, este estágio não só proporcionou a oportunidade de aplicar conhecimentos teóricos em cenários práticos, mas também permitiu o desenvolvimento de competências interpessoais e clínicas fundamentais para o exercício do enfermeiro especialista em situações de extrema complexidade. Este processo, reforça a importância da formação contínua e do aprimoramento das competências para garantir cuidados de alta qualidade centrados no doente, em ambientes críticos e desafiadores.

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

“Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (OE, 2018, p. 4). Para melhor compreender o domínio desta competência torna-se essencial a definição dos três conceitos nela inerentes.

Uma situação de emergência ocorre quando um indivíduo é submetido a uma agressão por um fator externo, resultando na perda de saúde súbita e violenta. Essa situação afeta ou ameaça a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vida do indivíduo em risco, devendo ser prestada assistência de forma imediata (OE, 2018).

Quando falamos em situação de exceção, o INEM (2024) afirma que se trata de um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, sendo que esse desequilíbrio influencia a atuação das equipas de emergência, exigindo uma gestão e coordenação criteriosa dos recursos humanos e técnicos, bem como da informação disponível. Como exemplos de situações de exceção em Portugal verificam-se acidentes com múltiplas vítimas, incêndios florestais e urbanos, intoxicações entre outros fenómenos naturais como aluviões, cheias, inundações, ondas de calor e vagas de frio.

Ao contrário do anterior, o conceito de catástrofe, encontra-se definido na Lei de Bases da Proteção Civil - Decreto-Lei n.º 27/2006 como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018, p. 4 e 5).

Sendo a saúde um dos pilares fundamentais da sociedade, espera-se que as instituições de saúde estejam preparadas para tratar dos seus doentes de forma humanizada, eficiente, atempada e em segurança, mesmo num contexto de potencial ocorrência de catástrofes naturais, epidemias, acidentes tecnológicos e/ou incidentes nucleares, radiológicos, biológicos ou químicos de grandes proporções. Neste sentido, torna-se essencial que as instituições do SNS realizem periodicamente uma análise situacional, onde devem considerar as condições internas e externas em constante mudança e incluir o planeamento sistemático e integrado de uma resposta de emergência adequada para qualquer destes possíveis cenários (DGS, 2010).

Como forma de apoiar as instituições no processo de análise, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2010, o documento "Safe Hospitals in Emergencies and Disasters", em que define diferentes níveis de indicadores (estruturais, não estruturais e funcionais) representativos do estado da organização, que visam contribuir para a elaboração de procedimentos eficazes, simples e aplicáveis em diferentes unidades de saúde.

Atualmente, as unidades de saúde encontram-se em funcionamento perto do limite máximo das suas capacidades. O desenvolvimento de um Plano de Emergência torna-se essencial, devendo ser visto como uma ferramenta de reforço e de avaliação dos meios de reação face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto (DGS, 2010).

A sua elaboração encontra-se regulamentado pela da Orientação nº 007/2010 da DGS, através do Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Este plano, tem como principal objetivo orientar, internamente, os profissionais da unidade de saúde sobre as ações a serem tomadas no caso de ativação e informar, externamente, as autoridades sanitárias para coordenar os meios de resposta disponíveis em caso de alerta. A sua eficácia depende de diversos fatores, como a rapidez de resposta, os recursos disponíveis, a antecipação de riscos e a comunicação eficaz entre os vários intervenientes (DGS, 2010).

Um Plano de Emergência deve ser composto por dois documentos complementares, com diferentes funções, o Plano de Emergência Externa (PEE) e o Plano de Emergência Interna (PEI). O primeiro deve ser ativado quando ocorre um evento fora da unidade de saúde,

enquanto o segundo é acionado quando o evento ocorre no interior da unidade de saúde ou tem impacto direto sobre ela.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, intervenientes diretos na ativação dos respetivos planos, a DGS (2010) afirma que é necessário que estes estejam capacitados com competências específicas, através de formação e treino, sendo essencial que reconheçam a importância do seu papel e que desempenhem as suas funções de forma coordenada e assertiva.

Na definição dos objetivos específicos para o estágio do SU, não foi identificado nenhum especificamente direcionado para o domínio da exceção e catástrofe. Apesar disso, sendo uma das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC à PSC houve o interesse em compreender como se encontra estruturado e implementado tanto o PEE como o PEI do CH em questão.

O PEE do CH é uma ferramenta operativa essencial para responder eficazmente a contextos de afluxo de múltiplas vítimas, sejam elas resultantes de traumas ou patologias médicas, que necessitem da sua ativação.

Este plano foi reestruturado, integrando neste momento três polos distintos do CH, esta nova estrutura visa promover sinergias entre os diferentes polos, garantindo uma resposta coordenada e eficiente em caso de emergência.

Como objetivo geral, visa dar suporte a uma resposta coordenada e integrada em situações de afluxo maciço de vítimas ao SU do polo A, garantindo eficácia e eficiência por parte de todos os profissionais, com o intuito de minimizar a morbilidade e mortalidade.

A implementação do PEI do polo A do CH, visa melhorar a capacidade de resposta a acidentes que possam levar a situações de emergência e minimizar as suas consequências. Tem como objetivos específicos, conter o incidente e limitar as suas consequências com os recursos do próprio estabelecimento e organizar a evacuação ordenada e faseada dos seus ocupantes. Para que este plano seja eficaz, encontra-se detalhadamente elaborado para cada serviço do CH, assegurando que cada funcionário saiba antecipadamente o que fazer numa situação de emergência, evitando improvisações.

Em todo este processo, o papel do enfermeiro especialista em EMC, deve ser encarado como crucial. Este, “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (OE, 2018, p.5)” e tem como principal intervenção cuidar do doente que se encontra envolvido nos vários cenários possíveis.

Como referido no regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro é um dos responsáveis por realizar o processo de triagem primária e secundária numa situação de catástrofe, que envolvam um múltiplo número de vítimas. Apesar de não ter surgido a oportunidade de

contactar diretamente com este processo, torna-se essencial para desenvolver competências a nível deste domínio, ser conhecedor do mesmo e refletir sobre a sua importância numa situação de emergência maior.

O processo de triagem de vítimas, visa salvar o máximo de vidas e garantir cuidados de qualidade conforme os recursos disponíveis. Os seus principais objetivos são: assistência precoce; aplicação de manobras "life-saving"; determinação do nível de urgência; uso criterioso de recursos críticos; documentação das vítimas; controle do fluxo de vítimas; determinação de áreas de cuidados; distribuição de profissionais por áreas de assistência; início de medidas terapêuticas (INEM, 2024).

O fluxograma de triagem primária está desenhado para impor ordem e assegurar que, diante de um grande número de vítimas, a triagem seja realizada de forma rápida e eficaz. Esta tem como objetivo avaliar rapidamente um grande número de vítimas utilizando o método "Simple Triage And Rapid Treatment" (START). Esta etapa baseia-se em discriminadores simples, como se a vítima anda ou está ferida, se respira, qual é a frequência respiratória e qual é a frequência cardíaca. Com base nesses discriminadores, é possível classificar as vítimas em quatro categorias: Prioridade 1 (cor vermelho) para vítimas emergentes; Prioridade 2 (cor amarelo) para vítimas graves; Prioridade 3 (cor verde) para vítimas não graves; Morto (cor preto) (INEM, 2024).

A triagem secundária, é um processo contínuo destinado a uma triagem mais precisa de um grande número de vítimas, utiliza-se o Triage Revised Trauma Score (TRTS). Esse método envolve a avaliação de três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, estado de consciência conforme a Escala de Coma de Glasgow e pressão arterial sistólica. A pontuação TRTS é determinada somando-se as pontuações de cada uma dessas variáveis, codificadas de 0 a 4, resultando numa pontuação total que varia de 0 a 12 pontos. A categorização das vítimas é feita de acordo com a pontuação TRTS, sendo: TRTS entre 1 e 10 - Prioridade 1; TRTS igual a 11 - Prioridade 2; TRTS igual a 12 - Prioridade 3; TRTS igual a 0 – Morto (INEM, 2024).

O domínio dos processos de triagem primária e secundária é indispensável para o enfermeiro especialista em EMC em situações de exceção e catástrofe. Conhecer profundamente esses processos é essencial para a execução eficaz de uma das suas principais intervenções neste contexto, sendo uma ferramenta fundamental para a excelência do cuidado, exigindo uma resposta rápida, precisa e coordenada.

Conforme regulamentado pela OE (2018), a atuação do enfermeiro especialista em situações de emergência, exceção e catástrofe envolve conceber, planejar e gerir a resposta de forma sistematizada, eficaz e eficiente. Este processo começa com a sua participação na conceção

de um plano de ação detalhado, considerando as necessidades e recursos disponíveis. O planejamento define claramente papéis e responsabilidades, devendo o enfermeiro especialista colaborar na difusão do mesmo pela equipa, promovendo treinamentos e simulações periódicas para a sua preparação.

Em caso de ativação, o enfermeiro, tem como principal intervenção coordenar as ações, priorizando as vítimas conforme a gravidade dos seus estados e otimizando o uso adequado dos recursos. A comunicação clara e a capacidade de tomar decisões rápidas são cruciais no decorrer das operações. Além disso, deve garantir a preservação de vestígios de possíveis crimes, equilibrando o cuidado das vítimas com a manutenção de evidências (OE, 2019).

Assim, enfrentar situações de emergência, exceção e catástrofe exige preparação, organização e ação coordenada. O enfermeiro especialista assume um papel fundamental nesse contexto, pois possui as habilidades e a experiência necessárias para coordenar as operações. Durante todo este processo, a liderança é crucial para garantir a coesão da equipa e a efetividade da resposta, assegurando a segurança dos doentes e a eficiência das ações durante eventos críticos.

Durante o estágio, apesar de não ter existido a oportunidade de enfrentar situações concretas neste domínio, foi fundamental desenvolver conhecimentos teóricos e práticos para uma intervenção adequada perante tais desafios. O conhecimento adquirido permitiu compreender em profundidade as melhores práticas, protocolos e técnicas de gestão de crises, além de aprimorar as habilidades necessárias para uma resposta eficaz. Este processo de aprendizagem revelou-se essencial não apenas para entender as competências do enfermeiro especialista em situações de emergência, exceção e catástrofe, mas também para construir e desenvolver um repertório de intervenções que assegure uma atuação segura e eficiente quando confrontado com eventos críticos reais.

3.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação E à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequados

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos (RAM) são problemas globais crescentes, nenhum país pode ignorar as suas implicações e o seu impacto na comunidade, nas unidades de saúde e acima de tudo nos doentes. As IACS, não só promovem o aumento da morbilidade e da mortalidade, como prolongam o tempo dos internamentos e elevam os custos em saúde. São

também, um contributo para o aumento da RAM devido ao maior uso de antibióticos, uma ameaça à segurança dos cidadãos e comprometem a qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2017b).

Em Portugal, a DGS destaca o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) de 2017, atualizado em 2022 através do despacho nº 10901/2022, como uma das bases fundamentais para a prevenção das IACS e da RAM. Os objetivos essenciais do PPCIRA consistem na redução da IACS, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos. Além disso, enfatiza que a redução das IACS deve ter como principal estratégia a promoção de boas práticas, especialmente no que diz respeito às Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e à implementação de feixes de intervenção como suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos (DGS, 2017b).

De forma semelhante, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes estabelece como um pilar fundamental as “práticas seguras em ambientes seguros”, definindo como objetivo estratégico a redução das IACS e da RAM (DGS, 2022).

Este objetivo define um conjunto de ações essenciais a serem desenvolvidas pelas unidades de saúde com vista à redução das IACS e da RAM. Entre essas ações, destacam-se a promoção da adesão à estratégia multimodal em PBSI e o suporte dos serviços na implementação e monitorização de bundles de prevenção de IACS conforme as normas de orientação clínica publicadas pela DGS (DGS, 2021).

As PBCI consistem nas regras de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde para minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada. Estas práticas incidem sobre dez padrões de qualidade: Avaliação individual do risco de infeção na admissão e colocação/isolamento dos utentes; Higiene das mãos; Etiqueta respiratória; Utilização de equipamento de proteção individual (EPI); Descontaminação do equipamento clínico; Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; Manuseamento seguro da roupa; Gestão adequada dos resíduos; Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017b).

O princípio fundamental das PBCI compreende que “o risco não está nos doentes, mas sim nos procedimentos realizados”. Deste modo, visam garantir a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e de todos aqueles que interagem com os serviços de saúde, através da adoção de medidas específicas conforme a natureza e o risco dos procedimentos realizados (DGS, 2013).

No que diz respeito à implementação destas estratégias, a Norma nº 029/2012 da DGS de 2013 referente às PBCI, afirma que é responsabilidade da administração das unidades de saúde assegurar que os recursos necessários estão disponíveis para implementar as medidas de prevenção e controlo de infeções, bem como para monitorizar a sua adesão por parte de todos os prestadores de cuidados. Além disso, afirma ser essencial garantir que todos os profissionais recebam formação sobre esta temática e tenham acesso às normas estabelecidas pela instituição.

Conforme recomendado, no CH onde foram realizados os estágios, existe estabelecido o Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (SPCIRA). Este serviço tem como principal função promover e implementar normas e procedimentos baseados em evidência científica comprovada e nas diretivas superiores da DGS. Todos os serviços e profissionais, que neste exercem funções, devem orientar a sua atividade tendo em conta essas recomendações, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática clínica segura e para melhoria da qualidade dos cuidados.

Em cada serviço do CH, existe um enfermeiro responsável como elo de ligação com o SPCIRA, este elemento é selecionado dentro da equipa profissional devendo ser detentor do título de enfermeiro especialista em EMC.

A sua principal função consiste em ajustar as características físicas e organizacionais de cada serviço às normas estabelecidas pela SPCIRA, promovendo uma cultura de prevenção no seio da equipa multidisciplinar. Como elo de ligação deve promover, supervisionar e auditar as práticas adotadas na prestação de cuidados, identificar as causas de não adesão às normas de controlo de infeção e incentivar a mudança através de uma abordagem formativa. Nesse sentido, deve realizar ações de formação direcionadas à equipa multidisciplinar tendo em conta as necessidades identificadas, incluindo temáticas como as PBCI, as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) e o uso adequado de EPI.

Tanto no SU, como na UNIC, foi visível o trabalho desenvolvido por estes elos, existindo protocolos e normas institucionais rigorosamente definidas e implementadas, bem como um plano de formação abrangente que inclui a temática da prevenção das IACS e da RAM. No decorrer dos estágios verificou-se também a interação ativa destes profissionais com a restante equipa multiprofissional, no sentido de promover o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela SPCIRA para os respetivos serviços.

Dada a complexidade e a diferenciação dos cuidados prestados, bem como a necessidade de recorrer a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, recai sobre o enfermeiro especialista em EMC a responsabilidade de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da RAM contribuído para a manutenção da vida da PSC (OE, 2018).

Segundo a DGS (2017b), medidas simples e económicas podem resultar em ganhos significativos em saúde, especialmente quando a sua eficácia na prevenção das IACS é comprovada. Nesse contexto, a implementação de PBCI e a rigorosa aplicação de cuidados de enfermagem fundamentados em evidência científica e nas normas preconizadas, assume um papel crucial na prevenção e controlo de infeções. Ao combinar a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeções com a garantia de um ambiente de cuidados seguro, os enfermeiros podem alcançar a excelência na assistência, protegendo tanto os doentes quanto a si mesmos.

O SU representa um ambiente onde a prevenção e o controlo de infeções assumem extrema relevância, devido ao maior risco de transmissões existente. Neste momento, associada à reestruturação física do serviço, a falta de infraestruturas adequadas compromete a efetividade das medidas preconizadas, colocando em risco a segurança dos doentes e dos profissionais que nele exercem funções.

Durante o estágio, foi possível observar de forma recorrente uma problemática significativa relacionada com a insuficiência de espaços adequados para o isolamento de doentes infetados. A existência de apenas três boxes, num corredor adaptado revelou-se insuficiente para atender à necessidade de isolamento, gerando desafios consideráveis para a equipa multiprofissional. Esta limitação compromete não apenas a qualidade dos cuidados prestados, mas também a segurança, tanto dos doentes como dos profissionais e visitantes, devido ao elevado risco de transmissão de microrganismos e à dificuldade em implementar medidas eficazes de controlo de infeção.

Em diversos turnos, surgiu a necessidade de isolar doentes infetados. No entanto, devido à lotação do espaço destinado para isolamento, foi necessário improvisar medidas, mantendo esses doentes na área onde já se encontravam. Este cenário exige uma abordagem cuidadosa por parte dos enfermeiros responsáveis, que deve constantemente avaliar o ambiente de trabalho, identificando os riscos potenciais de transmissão de microrganismos e as limitações físicas do espaço, permitindo a antecipação de problemas, a criação de estratégias de mitigação adaptadas ao contexto e assegurando a proteção de todos os envolvidos.

Perante esta situação, em colaboração com o enfermeiro responsável pela área, foram implementadas medidas de controlo de infeção essenciais, mesmo com as condições limitadas identificadas. Estas medidas incluíram a reorganização do espaço para minimizar os riscos, posicionando o doente infetado o mais afastado possível dos outros e garantindo o uso eficaz de barreiras físicas, como cortinas e biombos. Procedeu-se à identificação adequada do tipo de isolamento necessário, de acordo com a via de transmissão, através da colocação de um cartaz junto à unidade do doente indicando claramente o tipo de

isolamento e as precauções básicas a adotar em qualquer contacto. A utilização correta dos EPI e a adesão rigorosa aos protocolos de higiene foram asseguradas, com especial atenção à higiene das mãos, à descontaminação de equipamentos e superfícies, ao manuseamento da roupa e à gestão adequada dos resíduos, incluindo a disponibilização de contentores apropriados junto ao local de isolamento.

A comunicação e a coordenação multidisciplinar constituíram medidas fundamentais nas situações de isolamento identificadas. A colaboração na educação e sensibilização, tanto da equipa de saúde quanto dos doentes e visitantes, sobre a importância da correta adoção de medidas de isolamento e controlo de infeção, foi crucial para assegurar a adesão aos protocolos estabelecidos. Este esforço conjunto foi essencial para minimizar o risco de transmissão e promover uma resposta coordenada e eficiente por parte de todos os intervenientes.

A reflexão crítica e a melhoria contínua são processos indispensáveis para o desenvolvimento profissional. Nesse sentido, após cada episódio de adaptação, foi fundamental refletir, em conjunto com o enfermeiro especialista em EMC, sobre as ações tomadas, as dificuldades sentidas e em possíveis formas de aprimorar as práticas futuras, tendo em conta os constrangimentos existentes.

Assim, durante o período de aprendizagem no SU, tornou-se evidente que o enfermeiro especialista em EMC deve ser capaz de se adaptar rapidamente às limitações do ambiente, garantindo, na medida do possível, a segurança dos doentes e da sua equipa. O compromisso com a excelência nos cuidados, mesmo em circunstâncias adversas, sublinha a importância do papel do enfermeiro na gestão eficaz das crises e na promoção de um ambiente seguro, assegurando, nem sempre as melhores práticas, mas sim as possíveis, dentro do contexto em que estão inseridos.

Na UNIC, todos os procedimentos são de natureza invasiva, não havendo uma recomendação específica diretamente relacionada com a sua estrutura e intervenção. Dado o vasto conjunto de procedimentos que requerem a manutenção de técnica asséptica cirúrgica, este espaço segue as recomendações técnicas para blocos operatórios (RT 05/2011). Assim, deve ser um espaço físico de fácil manutenção, com climatização adequada, um circuito específico para admissões e recobro e um circuito controlado para a circulação de profissionais (ACSS, 2011). Como parte essencial dos procedimentos realizados na UNIC, o enfermeiro especialista em EMC deve assegurar o cumprimento rigoroso de todas as normas e recomendações implementadas no serviço, garantindo a assepsia e prevenindo o risco de infeção associado aos procedimentos invasivos. Entre as suas principais intervenções, destacam-se a manutenção da técnica asséptica durante todos os procedimentos percutâneos, a técnica

asséptica na remoção do introdutor vascular, e a vigilância de sinais de alarme, como rubor, dor e edema nos locais de inserção dos cateteres (Leão et al., 2022).

Durante o estágio, ficou evidente a preocupação dos enfermeiros especialistas em EMC com o cumprimento e manutenção da técnica asséptica por parte de toda a equipa multiprofissional. Sendo responsáveis pela organização e preparação das salas, estes enfermeiros devem garantir que todo o material que entra em contacto com o doente e que é colocado na mesa operatória esteja em ótimas condições de assepsia e que esta se mantenha até ao final do procedimento. No seio da equipa, observa-se um forte sentimento de confiança, permitindo aos enfermeiros interromper o procedimento caso qualquer fator comprometa a manutenção da assepsia e coloque em risco a segurança do doente, evidenciando-se assim uma cultura de controlo da infeção.

Durante o período de aprendizagem na UNIC, foi evidente a preocupação em cumprir rigorosamente as normas e recomendações implementadas no serviço, assegurando a manutenção da técnica asséptica em todos os procedimentos. Houve também a necessidade de identificar as práticas estabelecidas pela equipa multiprofissional, participando ativamente na preparação das salas e na distribuição dos materiais, de forma a garantir a assepsia e a segurança dos doentes.

De uma forma geral, existiu um compromisso consistente com as normas de controlo de infeção, garantindo que as práticas seguissem os padrões exigidos pelos serviços. Nos cuidados prestados, tanto no SU quanto na UNIC, as normas e procedimentos de prevenção e controlo de infeção foram rigorosamente respeitados, com ênfase na higiene das mãos e no uso adequado e racional de EPI. Este compromisso foi encarado como um dever profissional e uma responsabilidade individual a ser desenvolvida durante o percurso académico, contribuindo para a redução da incidência de IACS e, por conseguinte, para a manutenção de um ambiente de cuidados seguro e de qualidade.

4. Considerações finais

A conclusão deste estágio, considerando os contextos específicos abordados, foi alcançada através do estabelecimento de objetivos claros que possibilitaram o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem no cuidado especializado à PSC, em consonância com os objetivos da unidade curricular.

A natureza das necessidades de uma PSC, exige do enfermeiro um sólido conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, que possibilitem o planeamento eficaz e seguro dos cuidados prestados e uma correta definição de prioridades, dentro de um contexto imprevisível e de alta complexidade. Nesse sentido, tornou-se essencial compreender todo o circuito da pessoa que necessita de cuidados urgentes e emergentes, desde a admissão na urgência até o encaminhamento para outras unidades de cuidados, com foco especial no encaminhamento para a unidade de hemodinâmica, parte integrante deste processo de desenvolvimento profissional.

A experiência profissional, juntamente com a prática desenvolvida nos dois contextos de estágio, permitiu alcançar um nível elevado de competências clínicas especializadas. Este progresso foi evidenciado pelo desenvolvimento de habilidades avançadas em enfermagem, resultando na aquisição de conhecimentos, maior capacidade de tomada de decisão, autonomia significativa e raciocínio crítico-reflexivo, além da execução de funções altamente especializadas que vão além da prática comum de enfermagem. Tendo em conta que o cuidado é o núcleo da enfermagem, todo esse percurso facilitou o desenvolvimento de uma prática avançada, baseada num pensamento profissional estruturado, que utiliza a melhor evidência científica disponível para compreender e dar resposta às necessidades da PSC.

Momentos reflexivos e de crítica construtiva proporcionaram um enriquecimento significativo, tanto profissional quanto pessoal e contribuíram claramente para ultrapassar as dificuldades sentidas no decorrer de todo este percurso de desenvolvimento profissional. Este estágio de EMC na área da enfermagem à PSC II representa o ápice de um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento profissional, permitindo a aquisição de competências comuns e específicas para a obtenção das qualificações necessárias para o grau de Mestre e para o de enfermeiro especialista em EMC na área da enfermagem à PSC.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Prática Avançada de Enfermagem na Gestão Da Agudização da Insuficiência Cardíaca num Internamento de Cardiologia: Scoping Review

1. Resumo

Enquadramento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição heterogênea que, em situações de agudização, pode comprometer gravemente a função cardíaca, causando sintomas severos e complicações fatais. A gestão clínica destes doentes exige uma abordagem especializada, considerando a sintomatologia, a instabilidade hemodinâmica e a gravidade da situação. O enfermeiro especialista, enquanto prestador de cuidados, deve possuir conhecimentos técnicos e adquirir competências que sustentem a sua prática e contribuam para a manutenção da qualidade dos cuidados, ao longo do seu percurso profissional. A PAE, distingue esses profissionais com conhecimentos e capacidades clínicas aprofundadas, habilitando-os a prestar cuidados direcionados e integrados na gestão da IC.

Objetivos: Identificar as competências da PAE na gestão da agudização da IC na pessoa internada em internamento de cardiologia.

Metodologia: Scoping Review, utilizando a estratégia metodológica do Instituto Joanna Briggs para este tipo de investigação. Foram estabelecidos critérios de elegibilidade utilizando a mnemônica PCC: População (P) – estudos com pessoas internadas devido à agudização da insuficiência cardíaca; Conceito (C) – estudos que envolvem competências de prática avançada de enfermagem; e Contexto (C) – estudos realizados em internamentos de cardiologia. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados CINHALL Complete (via EBSCOhost), PUBMED, COCHRANE Library Plus, Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de fontes de literatura cinzenta como RECAAP e Scholar Google, utilizando termos MeSH e linguagem natural alinhados ao PCC, para identificar artigos relevantes sobre o tema.

Resultados: De um total de 177 artigos analisados, foram incluídos 8 nesta revisão. As competências dos Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) na gestão da agudização da IC foram agrupadas em quatro áreas principais: educação dos doentes, titulação de medicação, gestão da transição de cuidados e liderança, consultadoria e investigação. Estas intervenções foram associadas à melhoria dos resultados clínicos, prevenção de readmissões e aumento da qualidade de vida dos doentes.

Conclusão: Considera-se que a identificação e sistematização das competências de enfermagem avançada na gestão da agudização da IC, permitiu desenvolver conhecimento nesta área de intervenção e contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados, tendo por base a evidência disponível de forma a orientar a prática clínica.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Prática Avançada de Enfermagem; Cardiologia.

2. Abstract

Heart failure is a heterogeneous condition that, in acute exacerbations, can severely compromise cardiac function, causing severe symptoms and potentially fatal complications. The clinical management of these patients requires a specialized approach, considering symptoms, hemodynamic instability, and the severity of the situation. The specialist nurse, as a care provider, must possess technical knowledge and acquire skills that support their practice and contribute to maintaining care quality throughout their professional career. Advanced Practice Nursing distinguishes nurses with specialized knowledge and enhanced clinical capabilities, enabling them to deliver targeted and integrated care in managing heart failure, both during crises and in continuous follow-up, promoting patient recovery and improved health outcomes.

Objectives: Identify the competencies of advanced nursing practice in managing acute heart failure exacerbation in hospitalized patients in cardiology units.

Methodology: Scoping Review using the Joanna Briggs Institute's methodological strategy for this type of research. Eligibility criteria were established using the mnemonic PCC: Population (P) – studies involving patients hospitalized due to acute heart failure exacerbation; Concept (C) – studies involving advanced nursing practice competencies; and Context (C) – studies conducted in cardiology wards. A literature search was conducted in databases such as CINAHL Complete (via EBSCOhost), PUBMED, COCHRANE Library Plus, Scientific Electronic Library Online (SciELO), as well as gray literature sources like RECAAP and Google Scholar, using MeSH terms and natural language aligned with PCC to identify relevant articles.

Results: Out of 177 articles reviewed, 8 were included in this review. The advanced practice nurse competencies in managing heart failure exacerbations were grouped into four main areas: patient education, medication titration, care transition management, and leadership/consultation. These interventions were associated with improved clinical outcomes, prevention of readmissions, and increased patient quality of life.

Conclusion: Identifying and systematizing advanced nursing competencies in managing acute HF exacerbation has allowed the development of knowledge in this area and contributed to improving care quality, based on available evidence, to guide clinical practice.

Keywords: Heart Failure; Advanced Practice Nursing; Cardiology

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Anualmente, cerca de 17,9 milhões de pessoas em todo o mundo morrem devido a doenças cardiovasculares, sendo que um terço dessas mortes ocorrem em indivíduos com menos de 70 anos, em consequência de eventos cardíacos (OMS, 2022).

De acordo com a Sociedade Europeia da Cardiologia (ESC) (2021), a IC é uma síndrome associada a elevada morbidade e mortalidade a nível global, com uma prevalência estimada em cerca de 2% da população adulta geral. Na Europa, segundo a mesma fonte, a prevalência da IC em adultos é de 12%, embora este valor reflita apenas os casos com diagnóstico confirmado, sugerindo que a prevalência real pode ser ainda mais elevada.

Em Portugal, de acordo com o projeto Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem, realizado em 2002, a prevalência global da IC na população adulta era de 4,36%. Em 2018, observou-se um aumento de aproximadamente 7% no número de doentes com IC e projeta-se um aumento de 30% até 2035 e de 33% até 2060 (Fonseca et al., 2018). Esta questão é igualmente destacada no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares de 2015, citado por Fonseca et al. (2018), onde a IC é apontada como a segunda maior causa de internamentos hospitalares em Portugal, totalizando cerca de 1900. A duração média desses internamentos é de 10 dias, com uma taxa de mortalidade elevada, aproximando-se dos 12%.

Dado o panorama global descrito anteriormente, torna-se essencial definir a IC. Esta síndrome complexa é caracterizada pela incapacidade do coração de bombear sangue, de forma eficaz, para suprir as necessidades metabólicas do organismo. Essa incapacidade pode resultar de uma anomalia na estrutura ou na função cardíaca, comprometendo a capacidade do coração de fornecer a quantidade necessária de oxigénio para atender às exigências dos tecidos (McDonagh et al., 2021).

Segundo o mesmo autor, associado a esta condição, verifica-se o aumento das pressões intracardíacas e/ou a inadequação do débito cardíaco, podendo manifestar-se devido a uma disfunção miocárdica sistólica, diastólica ou ambas. Além disso, patologias valvulares, do pericárdio, do endocárdio, bem como alterações do ritmo e da condução cardíaca, também podem contribuir para o desenvolvimento da IC.

No que diz respeito aos sinais e sintomas, a ECS (2021), afirma que os sinais mais comumente referenciados são turgescência venosa jugular e crepitações pulmonares, enquanto os sintomas incluem dispneia, edemas periféricos e fadiga. Apesar da clínica, o diagnóstico da

IC é frequentemente tardio, ocorrendo muitas vezes apenas no primeiro internamento. Este atraso deve-se ao défice de reconhecimento dos sinais e sintomas, tanto por parte dos doentes e/ou cuidadores, como pela equipa de cuidados de saúde (Fonseca et al., 2017).

Quanto à classificação, a IC pode ser classificada de várias formas, consoante a sua etiologia, sendo frequentemente dividida em duas categorias: insuficiência cardíaca crónica (ICC) e insuficiência cardíaca aguda (ICA). A ICC caracteriza-se por um início gradual dos sinais e sintomas após o diagnóstico, enquanto a ICA se manifesta com um agravamento repentino dos mesmos, podendo levar a uma descompensação exacerbada. Esta última, pode representar a primeira manifestação da condição ou, mais frequentemente, resulta de uma descompensação aguda da ICC (McDonagh et al., 2021).

Nos casos de agudização, a função cardíaca está gravemente comprometida, resultando em sintomas graves e complicações potencialmente fatais. Esta situação exige uma intensificação do tratamento, o que frequentemente leva à procura de atendimento médico urgente e em muitos casos à necessidade de internamento (Kirchhof et al., 2016).

Quando existe a necessidade de hospitalização, a abordagem terapêutica deve ser orientada com base no grau de instabilidade hemodinâmica e na gravidade da situação. A intervenção deve começar imediatamente, incluindo tanto medidas farmacológicas como não farmacológicas. Devido à natureza heterogénea desta patologia, a abordagem específica dependerá da sintomatologia apresentada, sinais de congestão sistémica e hipoperfusão periférica são apresentações clínicas comuns, sendo essencial identificar e corrigir as causas concretas para o controlo da descompensação (McDonagh et al., 2021).

A gestão da IC é uma tarefa complexa que exige técnicas e competências avançadas, uma abordagem eficaz requer uma equipa experiente e multidisciplinar, incluindo enfermeiros especializados (Timóteo et al., 2020).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009), competência é definida como um conjunto de saberes adquiridos que sustentam inferências, antecipações, generalizações e tomadas de decisão.

O desenvolvimento de competências especializadas no contexto da prática clínica assume um papel central na formação do enfermeiro, permitindo a integração de conhecimentos teóricos e práticos essenciais para a prestação de cuidados de elevada complexidade. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2021), este processo fomenta a capacidade crítica, a tomada de decisão informada e a análise reflexiva, elementos fundamentais para responder às exigências dos cuidados especializados.

No processo de desenvolvimento de competências, segundo a abordagem teórica de Benner, o enfermeiro vai adquirindo e refinando conhecimentos, com ênfase na reflexão constante

sobre a prática clínica. Este desenvolvimento contínuo permite alcançar o nível de *perito*, que segundo a mesma autora, exige não apenas conhecimentos técnicos aprofundados, mas também habilidades de tomada de decisão, comunicação eficaz, flexibilidade, responsabilidade, criatividade e iniciativa.

A PAE, é definida pelo ICN (2020), como uma especialização dentro da enfermagem que requer esses conhecimentos e habilidades avançadas para oferecer cuidados de alta complexidade e excelência. Esta prática, ultrapassa as competências tradicionais da enfermagem, envolvendo avaliações detalhadas, diagnósticos complexos e a gestão de planos de cuidados especializados.

Os EPA, desempenham um papel crucial na melhoria dos resultados clínicos e na eficiência dos sistemas de saúde. Estes lideram práticas baseadas em evidências, educam outros profissionais de saúde e contribuem para a pesquisa e desenvolvimento de novas práticas, sempre com um elevado grau de autonomia e em colaboração outros profissionais de saúde para garantir uma abordagem integrada e holística na prestação de cuidados (ICN,2020).

As diretrizes referidas, também destacam a necessidade da manutenção de elevados padrões de qualidade e segurança na prática avançada. Os EPA, devem estar comprometidos com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e com a prática baseada em evidência, assegurando que as suas competências e qualificações dão resposta à complexidade crescente dos cuidados de saúde (ICN,2020)

Estes profissionais, devem possuir formação académica especializada, que de incluir um mestrado ou doutoramento, demonstrando competências específicas em áreas como avaliação clínica, tomada de decisão e comunicação. Internacionalmente, estes profissionais são classificados como Enfermeiro Especialista Clínico e Enfermeiro Praticante (ICN,2020).

No contexto da gestão da agudização da IC, os EPA possuem competências diferenciadas que os tornam especialmente qualificados para realizar avaliações clínicas detalhadas, gerir tratamentos complexos e coordenar cuidados de forma integrada. Esses enfermeiros são capazes de aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo de sua trajetória profissional, desde o nível de iniciado até o nível de perito, para promover a sobrevivência e melhorar a saúde dos doentes com IC, evidenciando a importância da reflexão crítica e da contínua evolução das suas competências.

Nesse contexto, o modelo teórico de Benner é fundamental para justificar a implementação da PAE, ao evidenciar como a experiência e a reflexão crítica, associadas ao conhecimento teórico e prático, são essenciais para o desenvolvimento de competências capazes de responder eficazmente às necessidades complexas dos doentes. A evolução dessas competências, desde o nível de iniciado até a perito, permite aos EPA aplicar um julgamento

clínico mais adequado, uma tomada de decisão mais informada e a prestação de cuidados especializados, fundamentais para a gestão adequada de condições complexas como a IC e a sua agudização.

4. Finalidade e objetivos

Com o desenvolvimento deste estudo de investigação, espera-se identificar a PAE na gestão da agudização da IC na pessoa internada num internamento de cardiologia. Considera-se que, através da identificação e sistematização das competências de PAE, executadas por EPA na gestão da agudização da IC, seja possível desenvolver conhecimento nesta área de intervenção e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, tendo por base a mais atualizada evidência científica disponível para orientar a prática clínica.

Para o desenvolvimento desta revisão, definiu-se como questão de investigação:

- Quais as competências de PAE na gestão da agudização da IC na pessoa internada em internamento de cardiologia?

Foi também identificado como principal objetivo deste estudo:

- Identificar as competências de PAE na gestão da agudização da IC na pessoa internada em internamento de cardiologia.

5. Metodologia

No sentido de abordar esta temática, esta revisão será desenvolvida através da metodologia do Joanna Briggs Institute para Scoping Review e reportada segundo o modelo PRISMA-ScR. De acordo com Munn et al. (2018), uma revisão do tipo "scoping review" deve, não só, identificar os tipos de evidência disponíveis sobre uma determinada problemática, mas também esclarecer conceitos e definições presentes na literatura, examinar como a pesquisa é conduzida num campo específico e identificar características associadas a um conceito. Os resultados deste tipo de investigação, podem apontar áreas onde é necessária mais investigação, reconhecendo e analisando lacunas de conhecimento. Este tipo de síntese, deve ser conduzida de forma rigorosa, transparente e confiável, oferecendo uma visão abrangente das evidências existentes (Peters et al., 2020).

Para estruturar e implementar o estudo de investigação, foi elaborado um protocolo de revisão detalhado. Esse protocolo inclui os objetivos da revisão, a população incluída, a enunciação da questão de investigação, os critérios de exclusão, a estratégia de pesquisa e os métodos de extração de dados. O protocolo foi registado na plataforma Open Science Framework com o DOI: 10.17605/OSF.IO/23YP9.

5.1. Desenho do estudo

De acordo com o que é proposto pela metodologia do Joanna Briggs Institute, foram estabelecidos critérios de elegibilidade com base na mnemônica PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al., 2020). Neste sentido, para este estudo foram definidos como:

- P: estudos que envolvam pessoas internadas com agudização da insuficiência cardíaca;
- C: estudos que abrangem competências de PAE;
- C: estudos realizados em internamentos de cardiologia.

Para esta revisão, serão consideradas quaisquer pesquisas primárias ou secundárias que utilizem metodologias quantitativa, qualitativa ou mista, assim como revisões da literatura, tanto sistemáticas quanto integrativas e artigos de opinião. Adicionalmente, foram estabelecidos critérios de exclusão que incluem populações com idade inferior a 18 anos e estudos realizados fora do contexto de internamento hospitalar.

Para desenvolvimento do estudo em questão, foi definida a seguinte estratégia de pesquisa:

1 - Pesquisa nas bases de dados CINHAI Complete (via EBSCOhost), PUBMED, COCHRANE Library Plus, Scientific Electronic Library Online (SciELO), além das fontes de literatura cinzenta RECAAP e Scholar Google, com o objetivo de identificar artigos relevantes sobre o tema.

2 – Pesquisa nas bases de dados selecionadas utilizando uma combinação de termos MeSH e linguagem natural, em alinhamento com o PCC definido, como identificado na tabela 1.

Tabela 1: Exemplo de termos MeSH e estratégia de pesquisa utilizada

População	Conceito	Contexto
Heart Failure	Advanced Practice Nursing	Cardiovascular Nursing
Cardiac Failure	Specialties, Nursing	Cardiology
Heart Failure, Diastolic	Medical-Surgical, Nursing	Cardiology Service, Hospital
Heart Failure, Systolic		
((Heart Failure OR Cardiac Failure) AND (Advanced Practice Nursing OR Specialties, Nursing)) AND (Cardiovascular Nursing OR Cardiology Service, Hospital)).		

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

A pesquisa foi realizada no dia 04 de abril de 2024, sem restrição temporal, nas bases de dados mencionadas no ponto 1, tendo sido incluídos apenas estudos publicados em português, inglês e espanhol.

Para a extração dos artigos, gestão dos estudos e remoção de duplicados, utilizou-se o software bibliográfico Rayyan Intelligent Systematic Review. A seleção dos estudos baseou-se nos critérios de inclusão, iniciando-se pela análise dos títulos e resumos, realizada por dois revisores independentes. Em seguida, procedeu-se à análise do texto completo dos artigos, sendo qualquer divergência entre os revisores resolvida por consenso, ou, se necessário, por um terceiro revisor, com o objetivo de confirmar a elegibilidade das publicações.

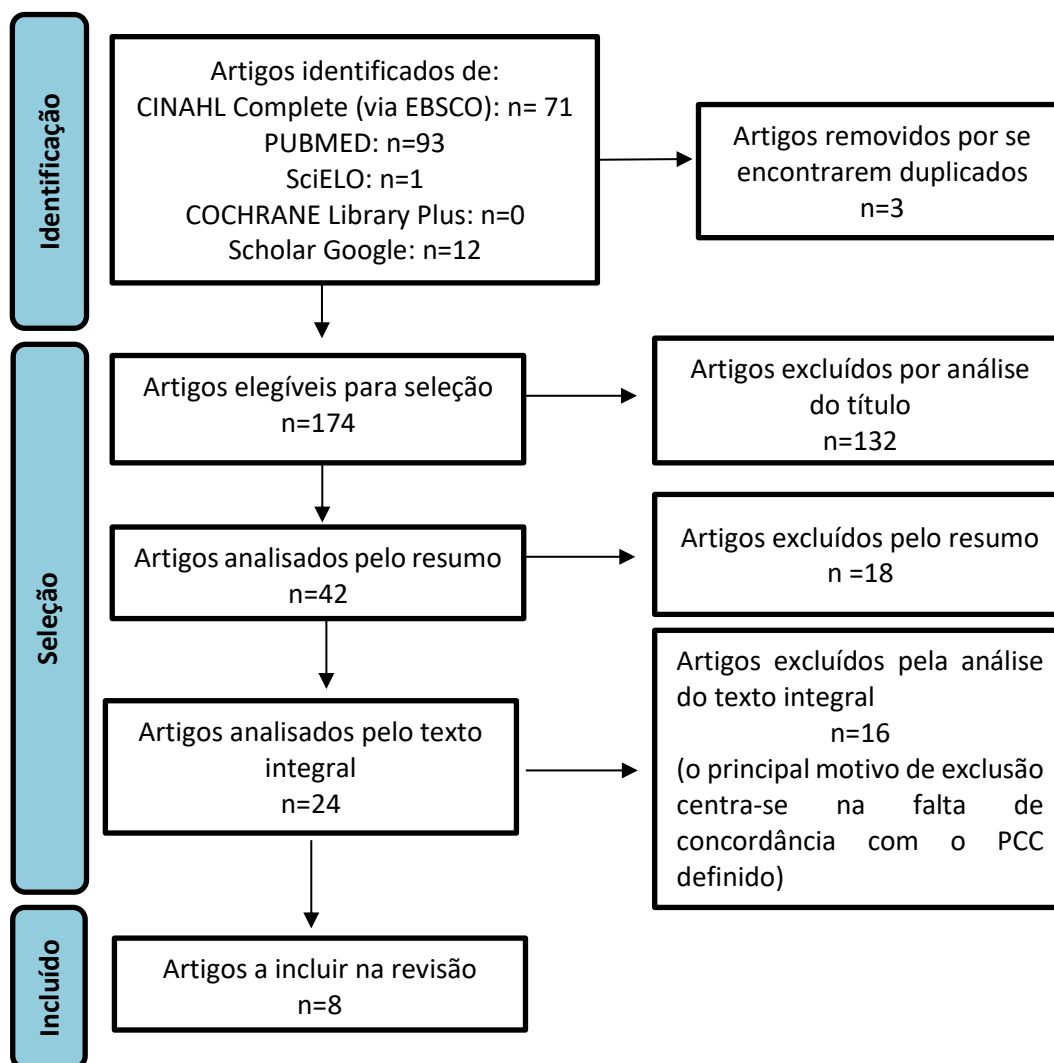
5.2. Considerações éticas

Esta revisão utiliza como dados documentos acessíveis ao público, não tendo sido considerados critérios que exijam a aprovação por uma comissão de ética. Não existindo qualquer conflito de interesse na realização deste trabalho por parte dos investigadores.

6. Resultados

Através da pesquisa realizada, nas bases de dados selecionadas, resultou a obtenção de 177 artigos. Após as diferentes etapas, foram selecionados 24 artigos para leitura integral, dos quais 8 foram incluídos na análise final. Para sistematizar todo o processo de seleção dos artigos, foi utilizado o fluxograma PRISMA-ScR (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma PRISMA-ScR



Para analisar os artigos selecionados para esta scoping Review e com o intuito de organizar e resumir os resultados obtidos em consonância com a questão e os objetivos deste estudo, foi construída uma tabela de extração de dados (Apêndice III), contendo a identificação do artigo, o objetivo de cada estudo, a metodologia utilizada, assim como a população, o tamanho da amostra, as competências de PAE identificadas e os resultados de cada estudo.

Importante referir que os artigos selecionados para este estudo, apresentam um espaço temporal, entre 2006 e 2023, com origem em diferentes localizações geográficas: EUA (4), Tailândia (1), Austrália (1), Reino Unido (1) e Espanha (1).

Com o objetivo de organizar e sintetizar os resultados obtidos, foi criada a Tabela 2, na qual são destacadas as competências de PAE, tendo em conta os diferentes domínios de intervenção dos EPA, de forma a dar resposta à questão de investigação e ao objetivo principal desta scoping review.

Tabela 2: Síntese de competências/ intervenções de PAE

Domínios	Dados	Intervenções
Educação do Doente e Família/Cuidador		
Reconhecimento de sinais e sintomas	Conhecimento insuficiente na identificação de sinais e sintomas de agravamento	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar para a identificação de sinais de agravamento. - Instruir sobre a monitorização regular de sinais e sintomas; - Ensinar sobre quando procurar assistência médica.
Capacidade para o autocuidado	Défice de conhecimento para a satisfação do autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre práticas de autocuidado diárias como monitorização de peso e hábitos alimentares; - Ensinar sobre a gestão adequada de líquidos; - Ensinar sobre hábitos de exercício.
Adesão/ gestão do regime terapêutico	Adesão/ gestão do regime terapêutico ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz; - Promover consciencialização; - Ensinar sobre gestão do regime terapêutico; - Providenciar material de leitura sobre gestão do regime terapêutico.
Papel de Prestador de cuidados	Papel de prestador de cuidados ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre necessidades diárias do doente; - Instruir sobre técnicas para o suporte físico e emocional do doente.

Implementação de Programas Personalizados de Transição		
Continuidade de cuidados	Desenvolvimento de planos de alta personalizados para promover a transição dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento da alta individualizado. - Elaboração de um plano de alta personalizado; - Coordenação para continuidade dos cuidados pós-alta; - Agendamento de consultas; - Envolver o doente e a família no ajuste ao retorno ao domicílio.
Coordenação de Cuidados	Otimização do envolvimento interdisciplinar para promover a continuidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Promover reuniões e atualizações entre a equipa multidisciplinar; - Supervisão da implementação do plano de cuidados - Monitorizar o plano terapêutico em colaboração com a equipa multidisciplinar; - Assegurar a coordenação entre os cuidados hospitalares e domiciliários.
Monitorização domiciliária para continuidade de cuidados pós-alta	Promoção do acompanhamento domiciliário para garantir a monitorização adequada de sinais e sintomas e prevenção de complicações	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visitas de acompanhamento domiciliário para monitorizar o progresso do doente; - Monitorização de sinais vitais e sinais e sintomas remotamente. - Ajuste das intervenções com base nos dados recolhidos.
Titulação de Medicação		
Regime medicamentoso	Otimização personalizada do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar o regime terapêutico hospitalar; - Monitorização de reações e efeitos adversos; - Ensinar sobre regime medicamentoso; - Planeamento do regime medicamentoso pós alta; - Avaliação da adesão ao regime medicamentoso.

Liderança, Consultadoria e Investigação		
Competência Profissional	Promoção de formação em gestão da IC	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a equipa de saúde sobre as melhores práticas na gestão da IC; - Monitorizar o progresso dos profissionais.
Melhoria da Prática Baseada em Evidência	Promoção de intervenções baseadas na mais recente evidência científica na gestão da IC	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver e atualizar os protocolos de cuidados com base nas últimas pesquisas e evidências científicas; - Implementar telemedicina para garantir o acompanhamento contínuo e a educação dos doentes; - Criar e implementar estudos de investigação que identifiquem as melhores práticas na gestão da IC; - Promover a formação contínua dos profissionais sobre novas práticas e tecnologias emergentes; - Monitorizar e avaliar resultados de intervenções baseadas em evidências, ajustando estratégias conforme necessário.
<p>(Anderson & Clemett, 2021), (Coen & Curry, 2016), (David et al., 2015), (Driscoll et al., 2023), (King-Dailey et al., 2022), (McCauley et al., 2006), (Ordóñez-Piedra et al., 2021), (Rhiantong et al., 2019)</p>		

7. Discussão

A IC, representa uma condição complexa e prevalente que interfere significativamente na qualidade de vida dos doentes e representa um desafio substancial para os sistemas de saúde em todo o mundo (Coen & Curry, 2016).

A gestão inadequada da IC, é um dos principais fatores que contribuem para a deterioração do estado funcional dos doentes, intensificando os sintomas e agravando a sua condição, o que muitas vezes resulta na necessidade de hospitalização (Rhiantong et al., 2019).

Segundo Coen & Curry (2016), existem barreiras que proporcionam a gestão ineficaz da IC, tanto por parte dos doentes e dos seus prestadores de cuidados, como dos sistemas de saúde que a estes dão respostas.

A falta de conhecimento é vista como uma das principais barreiras na gestão desta patologia, muitos doentes não apresentam competências suficientes para gerir a sua condição, nem demonstram capacidades para reconhecer a intensificação dos sintomas associados à IC (Coen & Curry, 2016).

De acordo com o mesmo autor, estudos indicam que a falta de conhecimento adequado sobre a gestão da IC persiste mesmo após a hospitalização. Isto sugere que em alguns casos, até os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros em ambientes hospitalares, podem não estar suficientemente familiarizados com os princípios de gestão desta patologia. Tal lacuna no conhecimento pode aumentar o risco de exacerbações da doença e, conseqüentemente, de readmissões hospitalares dos doentes.

Um sistema de suporte inadequado, combinado com o impacto físico e emocional da IC, compromete a gestão eficaz da patologia. Muitos doentes carecem de apoio emocional, físico e logístico, dificultando a adesão ao plano terapêutico e a gestão dos sintomas diários. Fatores como a falta de conhecimento, a ausência de suporte familiar ou comunitário, bem como o stress, a ansiedade e a depressão, representam obstáculos significativos ao autocuidado e ao cumprimento das recomendações clínicas (Coen & Curry, 2016).

De forma semelhante, Driscoll et al. (2023), salientam que a ineficácia dos sistemas hospitalares, marcada por um planeamento inadequado da alta e uma transição de cuidados deficitária, agrava o risco de descompensação e readmissões frequentes, sublinhando a necessidade de uma intervenção mais estruturada e integrada para melhorar a gestão da IC.

Nesse sentido, a importância de um suporte contínuo e coordenado, tanto em ambientes hospitalares quanto na comunidade, é fundamental para melhorar os resultados clínicos e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com IC.

Driscoll et al. (2023), enfatizam que a formação de equipas multidisciplinares especializadas, que incluem enfermeiros especialistas em IC, têm mostrado um impacto positivo na gestão desta condição.

Os EPA, emergem como elementos-chave nesse cenário, assegurando o acesso a cuidados especializados. Rhiantong et al. (2019) e Coen & Curry (2016) corroboram essa visão, destacando o papel essencial dos EPA na coordenação dos cuidados e na promoção de melhores resultados de saúde, sendo fundamentais na superação das barreiras existentes, através de competências essenciais para a implementação de intervenções complexas que promovem a educação e o autocuidado dos doentes.

Os resultados obtidos nos 8 artigos analisados nesta scoping review, destacam essas competências e intervenções, fornecendo uma visão abrangente da contribuição da PAE na gestão da IC.

Durante o internamento, a intervenção dos EPA, desempenha um papel central na melhoria dos cuidados de saúde, permitindo a estabilização do doente e facilitando a gestão contínua da IC. Rhiantong et al. (2019) e Anderson & Clemett (2021), sublinham a importância da implementação de programas de cuidados continuados e de gestão da doença por parte dos EPA, que envolvem uma avaliação abrangente do doente logo nas primeiras 24 horas de hospitalização. Estes programas são fundamentais para garantir uma avaliação contínua e uma transição eficaz do hospital para o domicílio, com o objetivo de melhorar a gestão da IC, prevenir a descompensação e evitar readmissões recorrentes.

Também David et al. (2015), reforçam essa perspetiva, salientando que a presença contínua do EPA durante o internamento proporciona não apenas cuidados diretos ao doente, mas também uma capacitação intensiva do mesmo para o autocuidado após a alta. A interação constante com a equipa de saúde e com os familiares permite a coordenação eficaz dos cuidados e garante a continuidade dos mesmos.

De forma complementar, King-Dailey et al. (2022) e Ordóñez-Piedra et al. (2021), destacam o papel fundamental dos EPA na monitorização contínua dos sintomas durante o internamento, ajustando os planos de cuidados sempre que necessário. Este acompanhamento próximo, aliado à educação do doente sobre a sua condição, facilita uma intervenção precoce em caso de exacerbações e garante uma transição mais segura para o domicílio.

Além do trabalho realizado na fase de internamento, Rhiantong et al. (2019) destacam a colaboração de equipas multidisciplinares nos programas de cuidados continuados, oferecendo suporte após a alta. Os mesmos autores afirmam que, a preparação para a alta deve incluir a confirmação de consultas de acompanhamento e a disponibilização de recursos necessários para manter a continuidade dos cuidados, incluindo visitas domiciliare regulares, acompanhamento telefónico e avaliações recorrentes.

McCauley et al. (2006), também destacam a importância das visitas domiciliare, recomendando que estas sejam iniciadas nas primeiras 24 horas após a alta. Além disso, enfatizam a necessidade de um acompanhamento frequente nas semanas seguintes para ajustar o plano de intervenções com base nas necessidades identificadas nos doentes.

A implementação deste tipo de programas, permite uma abordagem abrangente para garantir a gestão da IC, proporcionando suporte contínuo e personalizado que se adapta às necessidades dos doentes, contribuindo para a sua capacitação.

No que diz respeito à capacitação, a educação do doente e da família/cuidador é uma intervenção amplamente reconhecida por diversos dos autores analisados. Anderson & Clemett (2021), Coen & Curry (2016) e Rhiantong et al. (2019) destacam a importância da educação desde a hospitalização até o acompanhamento pós-alta, abordando áreas como gestão do autocuidado, pesagem diária, restrição de líquidos e dieta, além do reconhecimento precoce de sinais de agravamento da doença, adesão à medicação e mudanças no estilo de vida.

Essa perspectiva é corroborada por McCauley et al. (2006) e Ordóñez-Piedra et al. (2021), que também enfatizam a importância da educação contínua para doentes e cuidadores, facilitando o autocuidado e promovendo o conhecimento sobre sintomas e a gestão do regime medicamentoso, além da criação de planos de emergência personalizados.

Anderson & Clemett (2021) reforçam a relevância da educação sobre o autocuidado, não apenas durante o internamento, mas também por meio de visitas domiciliare e acompanhamento remoto, assegurando que os doentes adquiram as competências necessárias para a autogestão eficaz da doença.

Outra componente essencial das intervenções dos EPA, centra-se na gestão da transição de cuidados, como sublinhado por diversos autores. Anderson & Clemett (2021) e Coen & Curry (2016), enfatizam a necessidade de garantir uma transição adequada entre o hospital e o domicílio, com programas que garantam suporte estruturado após a alta. Driscoll et al. (2023), McCauley et al. (2006), Ordóñez-Piedra et al. (2021) e Rhiantong et al. (2019), destacam o papel do EPA na continuidade dos cuidados por meio de visitas domiciliare e

monitorização por telemedicina, o que facilita o seguimento e personalização do tratamento e assegura que os doentes continuem a ser monitorizados e acompanhados após a alta.

As intervenções dos EPA na gestão da transição de cuidados devem ser abrangentes, com o objetivo de assegurar que o doente mantenha a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar e minimize o risco de readmissões.

No que diz respeito à titulação de medicação, Anderson e Clemett (2021) e Ordóñez-Piedra et al. (2021), demonstram que os EPA, após formação adequada, podem ser tão eficazes quanto os médicos na titulação de medicamentos, incluindo betabloqueadores, isoladamente ou em combinação com diuréticos. Esta abordagem visa ajustar as doses de forma personalizada e segura, permitindo que os EPA desempenhem um papel ativo na estabilização dos doentes em fase aguda e na otimização do regime terapêutico.

Driscoll et al. (2023), complementam esta visão ao mencionar que a revisão e a otimização da medicação durante a internamento hospitalar são partes essenciais de uma abordagem contínua e integrada para melhorar os resultados de saúde. Além disso, McCauley et al. (2006), destacam a importância de os EPA manterem um acompanhamento próximo dos doentes após a alta, assegurando a adesão ao regime medicamentoso.

A função de liderança e consultoria dos EPA, conforme mencionado por Coen & Curry (2016) e Rhiantong et al. (2019), envolve não apenas a educação e formação de outros profissionais de saúde sobre a gestão da IC, mas também se torna essencial para o desenvolvimento de intervenções inovadoras baseadas em evidências científicas. Este papel é ampliado pela necessidade de coordenar cuidados complexos e garantir que os doentes recebem suporte especializado de forma contínua.

A necessidade de investigação desempenha um papel crucial nesta função de liderança, pois permite que os EPA identifiquem novas estratégias e melhores práticas para a gestão da IC. A investigação contínua, orienta a criação de programas que não apenas atendem às necessidades clínicas dos doentes, mas também integram inovações tecnológicas, como a telemedicina, para assegurar a continuidade e eficácia dos cuidados, conforme sublinhado por Coen & Curry (2016) e Ordóñez-Piedra et al. (2021).

Em suma, há uma clara concordância entre os autores quanto ao papel essencial que os EPA desempenham na educação, gestão de transição de cuidados e titulação de medicação, além de sua função de liderança na coordenação de equipas multidisciplinares e de investigação. Estes profissionais desempenham assim um papel fundamental na gestão da IC, conseguindo através das suas intervenções especializadas, impactar positivamente os cuidados de saúde e a qualidade de vida dos doentes.

Deste modo, Coen e Curry (2016) ressaltam que os EPA são fundamentais na educação dos doentes, superando barreiras à adesão ao tratamento e otimizando intervenções terapêuticas. A sua capacidade de oferecer cuidados individualizados é crucial para garantir que os doentes compreendem e seguem os planos de tratamento.

Anderson e Clemett (2021), contribuem para essa discussão ao analisarem a eficácia dos programas de gestão da doença liderados por EPA. Embora apresentem resultados mistos em termos de mortalidade e taxas de readmissão, esses programas demonstram um potencial significativo na redução do tempo de internamento, especialmente entre doentes recém-diagnosticados. Rhiantong et al. (2019) também apoiam essa ideia, afirmando que o modelo de cuidados continuados liderado por EPA não apenas melhora o estado funcional e a qualidade de vida dos doentes, mas também aumenta a satisfação com os cuidados de enfermagem.

A importância do acompanhamento contínuo também é sublinhada por Driscoll et al. (2023), que relataram reduções significativas nas taxas de readmissões e visitas ao SU, embora não tenham observado alterações significativas na mortalidade. No mesmo sentido, Ordóñez-Piedra et al. (2021), reforçam que as intervenções dos EPA resultam em melhorias na qualidade dos cuidados, diminuição das reinternamentos e aumento do conhecimento dos doentes sobre a gestão da IC.

Além disso, McCauley et al. (2006) destacam o valor das visitas domiciliares e do suporte contínuo oferecido pelos EPA, que são fundamentais para melhorar a autogestão dos doentes e a comunicação com outros profissionais de saúde. David et al. (2015), observam que a presença de EPA em equipas multidisciplinares está associada à diminuição das taxas de readmissões no SU e dos reinternamentos hospitalares, sublinhando a importância da continuidade dos cuidados.

Por fim, King-Dailey et al. (2022) concluem que os doentes envolvidos em programas liderados por EPA relataram melhorias na qualidade de vida e na gestão dos sintomas, além de um aumento na satisfação com os cuidados recebidos.

Em suma, a interligação dos resultados destes estudos evidencia a eficácia das intervenções dos EPA na gestão da IC, sendo estas apontadas como cruciais para melhorar os resultados de saúde, reduzir readmissões hospitalares e promover o autocuidado eficaz, com alguns autores destacando também a importância de programas de monitorização contínua e telemedicina para assegurar uma gestão eficiente da IC. Além disso, McCauley et al. (2006), corroborado por Ordóñez-Piedra et al. (2021), consideram as intervenções do EPA, como uma abordagem custo-efetiva para a gestão da IC, especialmente quando analisada a curto

prazo. No entanto, são necessárias mais avaliações a longo prazo para confirmar essa eficácia em termos econômicos.

Através de uma abordagem abrangente e direcionada, os EPA não só melhoram os resultados clínicos como também promovem uma experiência de cuidado holística e integrada, impactando positivamente a qualidade de vida dos doentes e contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados aos portadores desta condição clínica.

8. Conclusão

Este estudo procurou identificar as competências de PAE na gestão da agudização da IC em doentes internados no contexto de cardiologia. A análise das intervenções dos EPA, revelou que estas estão amplamente ligadas a áreas críticas como a educação dos doentes, a titulação de medicação, a gestão da transição de cuidados e a liderança, coordenação e investigação dos mesmos. A literatura evidência que os EPA têm a capacidade de otimizar o tratamento de doentes com IC, tanto durante a fase aguda do internamento como após a alta, fornecendo cuidados individualizados que melhoram os resultados clínicos e a qualidade de vida.

Alem disso, a sua intervenção envolve um conjunto de ações especializadas que combinam decisões autónomas, fundamentadas no conhecimento avançado e na experiência clínica, com intervenções interdependentes que requerem a colaboração contínua com outros profissionais de saúde. Esta abordagem integrada e baseada em evidências reforça o valor dos EPA como pilares fundamentais na gestão da IC, ao mesmo tempo em que sublinha a importância de programas continuados de apoio, para garantir a eficácia e a sustentabilidade dos cuidados.

Ao desenvolver este estudo, foi possível verificar uma carência significativa de literatura sobre o papel da PAE na gestão da agudização da IC. Além disso, a falta de estudos de longo prazo, que avaliem o impacto das intervenções dos EPA em diferentes contextos clínicos, restringe uma visão mais ampla da sua eficácia. O estudo também enfrenta limitações, como a variação metodológica nos trabalhos analisados, o que dificulta a generalização dos resultados obtidos. Assim, torna-se necessário um maior investimento em investigação para preencher estas lacunas e aprofundar o conhecimento sobre a intervenção dos EPA nesta área em concreto.

A identificação e sistematização das competências de PAE na gestão da agudização da IC revelou-se fundamental para fortalecer o conhecimento sobre esta área de intervenção. A integração contínua dos EPA nas equipas multidisciplinares assegura que esses profissionais desempenhem um papel essencial, não apenas na melhoria dos cuidados, mas também na eficiência dos serviços de saúde. Este estudo, ao explorar essas competências, poderá servir de base para a construção e implementação de programas de cuidados continuados, favorecendo a gestão mais eficaz da IC, tanto em ambiente hospitalar quanto no seguimento domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embarcar neste percurso académico, na procura por competências técnicas, científicas e comportamentais, essenciais na prestação de cuidados de excelência à PSC, foi uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de conhecimentos aprofundados e para a consolidação de práticas especializadas, que vão ao encontro das exigências do grau de mestre em EMC e das competências comuns e específicas da mesma especialidade.

Os estágios desenvolvidos no SU e na UNIC, proporcionaram uma oportunidade única para aplicar e aprofundar os conhecimentos teóricos adquiridos durante o mestrado. As atividades desenvolvidas durante os mesmos, permitiram a aquisição de competências técnicas e comportamentais essenciais para a prática da enfermagem especializada, sendo possível afirmar que os objetivos estabelecidos foram plenamente alcançados, resultando num crescimento profissional significativo e na aquisição de um conjunto de habilidades que serão essenciais no desenvolvimento do percurso profissional.

Estas vivências, não só foram únicas para o desenvolvimento de conhecimentos e competências em diversas áreas de intervenção, como foram enriquecidas pela partilha de experiências pessoais e profissionais, que contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados e para evidenciar a importância do trabalho em equipa.

Através do desenvolvimento deste relatório final, foi possível expor o percurso trilhado no desenvolvimento de competências, tanto gerais como específicas, de mestre em EMC, com especialização em Enfermagem à PSC. Esta experiência, contribuiu para o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre a prática clínica desenvolvida, fomentando a busca por respostas baseadas na mais recente evidência científica.

A componente de investigação foi fundamental para o desenvolvimento de competências metodológicas e para o fortalecimento do pensamento científico, permitindo uma tomada de decisão mais informada e esclarecida. Através da scoping Review desenvolvida, foi possível sistematizar a PAE na gestão da agudização da IC referenciada na literatura, cumprindo os objetivos definidos e contribuindo para o desenvolvimento de uma abordagem sistematizada, centrada nas necessidades dos doentes de IC e na gestão da sua agudização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2015). *Recomendações Técnicas*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- ACSS. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- ACSS. (2011). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-Operatorio_2011.pdf
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de Trabalho dos Enfermeiros em Hospitais: Scoping Review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Anderson, D. A., & Clemett, V. (2021). What Impact do Specialist and Advanced-level Nurses Have on People Living with Heart Failure Compared to Physician-led Care? A literature Review. *Journal of Research in Nursing*, 26(3), 229–249. <https://doi.org/10.1177/1744987120946791>
- Bemposta, M., Fernandes, S., Fernandes, A., Afonso, S., Rodrigues, P., & Magalhães, C. (2024). Ativação da Via Verde Coronária num Serviço de Urgência do Norte de Portugal: Um Estudo Descritivo. *Revista de Enfermagem Referência*, Série VI (No3-Suplemento N.º 1), e31282. <https://doi.org/10.12707/RVI23.66.31282>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Quarteto Editora).

- Coen, J., & Curry, K. (2016). Improving Heart Failure Outcomes: The Role of the Clinical Nurse Specialist. *Critical Care Nursing Quarterly*, 39(4), 335–344.
<https://doi.org/10.1097/CNQ.000000000000127>
- Collet, J. P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., Dendale, P., Dorobantu, M., Edvardsen, T., Folliguet, T., Gale, C. P., Gilard, M., Jobs, A., Jüni, P., Lambrinou, E., Lewis, B. S., Mehilli, J., Meliga, E., Merkely, B., ... ESC Scientific Document Group. (2021). 2020 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-segment Elevation. *European Heart Journal*, 42(14), 1289–1367. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>
- Costa, N. (2020). Avaliação da Dor: Terapias Não Farmacológicas Para Alívio da Dor. In J. A. Pinho. *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 93-105). Lidel.
- David, D., Britting, L., & Dalton, J. (2015). Cardiac Acute Care Nurse Practitioner and 30-Day Readmission. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(3), 248–255.
<https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000147>
- DGS. (2017). *Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde*.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- DGS. (2015). *Consentimento Informado Esclarecido e Livre Dado por Escrito*.
<http://www.aenfermagemleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>
- DGS. (2010). *Elaboração de Um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- DGS. (2011). *Mecanismos e Procedimentos de Identificação Inequivoca dos Doentes em Instituições de Saúde*.

https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf

DGS. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.

<http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

DGS. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

DGS (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*.

https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

DGS. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*.

<https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/i005661.pdf>

DGS. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

DGS. (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

Driscoll, A., Meagher, S., Kennedy, R., Hare, D. L., Johnson, D. F., Asker, K., Farouque, O., Romaniuk, H., & Orellana, L. (2023). Impact of a Heart Failure Nurse Practitioner Service on Rehospitalizations, Emergency Presentations, and Survival in Patients Hospitalized with Acute Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(7), 701–708. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac108>

- ERS. (2021). *ERS - Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*.
https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf
- ESSnorteCVp. (2023). *Guia De Orientação Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II-Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*.
- ESSNCVP. (2020). *Regulamento do 2Ciclo de Estudos dos Cursos de Mestrado*. Google Docs.
https://docs.google.com/document/d/1VB9SgAGCsn466QnM1VKNsWsVUbAVpj2G2lkvzWcugE/edit?usp=drive_web&oid=116974217920807716775&usp=embed_facebook
- Figueiredo, T. W. B., Mercês, N. N. A. D., Lacerda, M. R., & Hermann, A. P. (2018). Developing a Nursing Healthcare Protocol: A Case Report. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 6), 2837–2842. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0846>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford: Further Education Unit, Oxford Polytechnic.
- Gomes, E. T., da Silva, T. T., & da Silva Santos, M. (2018). Complicações da Intervenção Coronária Percutânea: Inferência dos Diagnósticos de Enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 17(6), 694–701. [dfhttps://doi.org/10.33233/eb.v17i6.130](https://doi.org/10.33233/eb.v17i6.130)
- GPT. (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes*.
<https://www.grupoportuguestriagem.pt/wpcontent/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Hilário, T. S., Paganin, A. C., Beghetto, M. G., Rabelo-Silva, E. R., Hirakata, V. N., Matte, R., & Sauer, J. M. (2017). A Vascular Complications Risk (VASCOR) Score for Patients Undergoing Invasive Cardiac Procedures in the Catheterization Laboratory Setting: A Prospective Cohort Study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 409–417. <https://doi.org/10.1177/1474515116684250>

- INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de vida 2020*.
<https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- INEM. (2023). *Manual de Suporte Imediato de Vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/04/Manual-SIV-8h.pdf>
- INEM. (2024). *Operações das Equipas de Emergência Pré-hospitalar*.
<https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716974782.pdf>
- ICN. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020*.
https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Kirchhof, P., Benussi, S., Kotecha, D., Ahlsson, A., Atar, D., Casadei, B., Castella, M., Diener, H.-C., Heidbuchel, H., Hendriks, J., Hindricks, G., Manolis, A. S., Oldgren, J., Popescu, B. A., Schotten, U., Van Putte, B., Vardas, P., Agewall, S., Camm, J., ... Zeppenfeld, K. (2016). 2016 ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation Developed in Collaboration with EACTS. *European Heart Journal*, 37(38), 2893–2962.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210>.
- King-Dailey, K., Frazier, S., Bressler, S., & King-Wilson, J. (2022). The Role of Nurse Practitioners in the Management of Heart Failure Patients and Programs. *Current Cardiology Reports*, 24(12), 1945–1956. <https://doi.org/10.1007/s11886-022-01796-0>
- Leão, M. da S., Lima, G. de, & Araújo, A. H. I. M. de. (2022). Cuidados de Enfermagem aos Pacientes Submetidos a coronariografia e o Papel do Enfermeiro na Retirada do Introdutor Vascular. *Research, Society and Development*, 11(8), Art. 8.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30609>
- Lei nº 156/2015, de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, confirmando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de Janeiro. Diário da

República, 1.ª série, N.º 181(16/09/2015).

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Lima, J. C. F., Aguiar, J. P., Paixão-Ferreira, M., Calixto, R., Cesário, V., Alves Da Costa, F., & Vaz, J. (2021). Protocolo de Atuação Rápida da Dor Torácica Aguda: Experiência Obtida num Hospital do Alentejo. *Medicina Interna*, 224-229 Páginas.
<https://doi.org/10.24950/O/235/20/3/2021>

Ludin, S. M. (2018). Does Good Critical Thinking Equal Effective Decision-Making Among Critical Care Nurses? A Cross-Sectional Survey. *Intensive & Critical Care Nursing*, 44, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.002>

McCauley, K. M., Bixby, M. B., & Naylor, M. D. (2006). Advanced Practice Nurse Strategies to Improve Outcomes and Reduce Cost in Elders with Heart Failure. *Disease Management*, 9(5), 302–310. <https://doi.org/10.1089/dis.2006.9.302>

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., ... Skibelund, A. K. (2021). 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599–3726.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>;

Ministério da Saúde. (2018). Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto | DRE.
<https://dre.pt/dre/detalhe/decretolei/65-2018-116068879>

Ministério da Saúde. (2014). Despacho Normativo nº 10319/2014 | DRE.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Ministério da Saúde. (2002). Despacho Normativo nº 11/2002 | DRE.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>

Ministério da Saúde. (2015). Despacho Normativo n.º 5613/2015 | DRE.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

- OE. (2001). *Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento-Conceptual – Enunciados Descritivos.*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE. (2017). *Parecer Conjunto N^o-01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Atribuição de Responsável de Turno.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribucaoresponsavelturno_.pdf
- OE. (2020). *Pronúncia n^o74 do Conselho de Enfermagem - Dotação Segura em Sala de Angiografia.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21042/anonimizado_pron%C3%BAncia-n%C2%BA74_ce-dota%C3%A7%C3%A3o-sala-de-angiografia-e-cardiologia-de-interven%C3%A7%C3%A3o.pdf
- OE. (2021). *Recomendações para o Estágio e Relatório da Componente Clínica dos Ciclos de Estudos dos Mestrados de Enfermagem Especialista.*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OE. (2019a). Regulamento n^o 140/2019 | DRE. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- OE. (2018). Regulamento n^o 429/2018 | DRE. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617> Ordem Enfermeiros. (2020).
- OE. (2019b). Regulamento n^o 743/2019 | DRE. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- OMS. (2010). *Safe Hospitals in Emergencies and Disasters: Structural, Non-Structural and Functional Indicators.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789290614784>

- Ordóñez-Piedra, J., Ponce-Blandón, J. A., Robles-Romero, J. M., Gómez-Salgado, J., Jiménez-Picón, N., & Romero-Martín, M. (2021). Effectiveness of the Advanced Practice Nursing Interventions in the Patient with Heart Failure: A Systematic Review. *Nursing Open*, 8(4), 1879–1891. <https://doi.org/10.1002/nop2.847>
- Ornelas, S., Abreu, L., Vale, S., & Pestana, C. (2023). Ativação da Via Verde Coronária na Região Autónoma da Madeira: Estudo de Coorte. *JIM*, 4(1), 073–082. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.751>
- Rhiantong, J., Malathum, P., Monkong, S., McCauley, K., Viwatwongkasem, C., & Kuanprasert, S. (2019). Outcomes of and Advanced Practice Nurse-Led Continuing Care Program in People with Heart Failure. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 23(1) 32-46. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/119723/115853>
- SPMS (2019). *Digita Brochura Guia Sclinico*. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf

APÊNDICES

**APÊNDICE I: “PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ESTUDANTES DO
MESTRADO EM EMC NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM À PSC NA UNIC”**

Plano de integração de estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNIC)

Objetivos:

- Uniformizar a estrutura orientadora do processo de Supervisão Clínica dos estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
- Promover a uniformização de procedimentos específicos com vista à melhoria contínua e à implementação de boas práticas;
- Promover e facilitar o processo de integração dos estudantes na UNIC no contexto da prática clínica;
- Promover a formação de estudantes de enfermagem no domínio da avaliação e abordagem à Pessoa em Situação Crítica, colaborando no processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Promover o desenvolvimento do processo crítico-reflexivo perante a prática clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Aplicabilidade:

- Aplicável a todos os estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica a realizar estágio na UNIC.

Enquadramento teórico

O Enfermeiro Especialista (EE) desenvolve, implementa e avalia planos de intervenção para atender às necessidades das pessoas e famílias sob sua responsabilidade, tendo com objetivo identificar precocemente, estabilizar, manter e promover a recuperação diante de situações que exigem recursos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos em diferentes cenários de atuação (OE, 2017).

O Artigo 8º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015), afirma que o título de EE, além da prestação de cuidados gerais, reconhece competências científicas, técnicas e humanas que permitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados em diversas áreas específicas da enfermagem. Essas competências são definidas como as Competências Comuns do EE, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 (2019), incluindo os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para alcançar esse nível de diferenciação, o enfermeiro deve basear a sua atuação na atualização constante dos conhecimentos e competências investindo na sua formação acadêmica. Para além da especialização, atualmente, o enfermeiro tem como meta a obtenção do grau de mestre, que segundo o artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018, é concedido a quem demonstre a capacidade de expandir e aprofundar conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo, especificamente numa área de especialização.

Neste sentido, o desenvolvimento e certificação de competências é extremamente importante para corresponder às necessidades impostas associadas à complexidade crescente inerente aos cuidados de saúde, aos conhecimentos e aos contextos de atuação do EE. Para dar resposta a esta problemática, surgem definidas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) que visam, cuidar da pessoa e família a vivenciar processos de doença complexos, otimizando o ambiente e os processos terapêuticos em quem os vivencia, maximizando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018).

Dada a vasta abrangência da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a necessidade crescente de especificar e direcionar competências de acordo com os contextos de intervenção e o alvo dos cuidados, surgem definidas diferentes áreas específicas da enfermagem, entre elas a área de enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2018).

Conforme estabelecido pelo regulamento nº 429/2018 (2018), a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. O cuidado à pessoa em situação crítica e às suas famílias é uma área altamente específica na enfermagem, exigindo dos profissionais um constante investimento na busca de conhecimento e desenvolvimento de competências especializadas. Para facilitar esse processo, surgem definidas as seguintes competências específica do EEEMC, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica: Cuidar da pessoa, família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

Assim, para obtenção do grau de mestre e para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta a área específica de intervenção, encontra-se referido no artigo nº 2 do Regulamento 705/2021, apresentado em Diário da República n.º 144/202 de julho de 2021, a necessidade de realizar um período de Estágio de Natureza Profissional com relatório final, com vista à integração do futuro EE no

exercício de uma atividade profissional em instituições de saúde, de acordo com a matriz formativa da Ordem dos Enfermeiros.

Para o desenvolvimento dos estágios, seja qual for a área de intervenção, o processo de integração dos estudantes de enfermagem é fundamental. Esta integração consiste num processo formal e sistemático de acompanhamento contínuo da prática profissional, adequando as estratégias, o ritmo e a forma, de acordo com as necessidades de cada estudante. Este processo apoia e encoraja a aprendizagem e a melhoria da qualidade dos cuidados, devendo decorrer num ambiente de confiança, abertura e tolerância, no qual o enfermeiro supervisor deve ter uma atitude constante de colaboração, apoio, disponibilidade e ensino, e o estudante uma atitude responsável, disponível e de aprendizagem.

Como base, este processo, deve ter os referenciais que orientam o exercício profissional, que são sustentados pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Código Deontológico, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) e neste caso em concreto as Competências comuns e específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em Situação Crítica.

De forma a uniformizar a estrutura orientadora do processo de Supervisão Clínica dos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e facilitar o processo de integração na UNIC, é essencial a clarificação de alguns conceitos inerentes no Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica da Ordem dos Enfermeiros (2018) e a existência de um plano de integração direcionado às competências do EEEMC.

- **Supervisão Clínica:** é um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados.
- **Enfermeiro Supervisor Clínico:** o enfermeiro responsável pelo processo de supervisão, detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e da Supervisão Clínica, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, que num contexto de atuação e relação de supervisão promove o desenvolvimento pessoal e profissional. Desenvolve, também, uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios Éticos e a Deontologia Profissional,

assegurando um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte com o supervisor e promove o desenvolvimento de competências, garantindo a transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados.

Como características, o Enfermeiro Supervisor deve:

- Apresentar motivação e disponibilidade pessoal para colaborar no processo de ensino-aprendizagem profissional do estudante de enfermagem e identificar-se como uma referência durante o mesmo;
- Demonstrar sentido de responsabilidade em relação ao papel de enfermeiro supervisor que está a desempenhar;
- Apresentar-se com um modelo do exercício profissional no quadro dos referenciais da profissão que deve conhecer e dominar, transmitindo-os ao estudante de enfermagem;
- Demonstrar competências relacionais e comunicacionais;
- Demonstrar capacidade de resolução de conflitos, tomada de decisão, delegação e responsabilidade sendo coerente, flexível e persistente;
- Proporcionar experiências enriquecedoras para o estudante de enfermagem;
- Promover o desenvolvimento de confiança, motivação e espírito crítico do estudante de enfermagem;
- Demonstrar capacidade para desenvolver o processo de ensino-aprendizagem promovendo a participação do estudante de enfermagem, colaborando com o mesmo na definição de objetivos específicos, tornando-o mais responsável e agente do seu processo de aprendizagem.

A escolha de um ou dois enfermeiros supervisores para realizar o acompanhamento de um estudante de Especialidade em Enfermagem será da responsabilidade do enfermeiro gestor do serviço, devendo ter em conta o perfil e as competências dos enfermeiros em causa e neste caso concreto, a necessidade de ambos serem habilitados com o curso de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

- **Supervisado:** a pessoa sujeita ao processo de supervisão que desenvolve competências no âmbito do ensino clínico, estágio, internato, ou em processo de integração em contexto clínico.

Espera-se que o estudante da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, seja capaz de:

- Mobilizar conhecimentos que permitam a identificação das necessidades, o planeamento de cuidados, o estabelecimento de prioridades e a prestação de

cuidados personalizados e diferenciados à pessoa em situação crítica admitida na UNIC, promovendo a manutenção e recuperação da mesma;

- Mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação de intervenções especializadas na conceção do processo de enfermagem, adotando uma parceria de cuidados que promova a segurança e a qualidade dos mesmos;
- Desenvolver capacidades de liderança e gestão dos recursos e dos cuidados, adequando a sua resposta à situação e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- Demonstrar competências de comunicação promotoras do trabalho em equipa e interdisciplinar no seio da equipa da UNIC;
- Desenvolver o seu autoconhecimento, baseando a sua prática especializada em evidência científica, adotando um pensamento crítico-reflexivo sobre o seu desenvolvimento;
- Contribuir para a melhoria continua da qualidade dos cuidados, adotando um papel dinamizador de práticas de qualidade, colaborando nos programas existentes e garantindo a manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Para além destes objetivos gerais, cada estudante de enfermagem deve estabelecer objetivos específicos tendo em conta os seus interesses pessoais e profissionais e as indicações do estabelecimento de ensino que frequenta.

Metodologia de avaliação

A metodologia de avaliação do estágio, deve ir de encontro ao definido pelo guia de orientação do estágio do estabelecimento de ensino que o estudante frequenta. O professor orientador e os respetivo/os enfermeiro/os supervisore/s devem estar presentes nos dois momentos de avaliação que por norma são definidos em conjunto com o estudante:

- **Avaliação Intercalar:** tem como objetivo analisar o decorrer das primeiras semanas de estágio e a eventual necessidade de otimizar o processo de integração mediante a identificação de necessidades específicas, promovendo a reflexão do estudante relativamente ao desenvolvimento de competências, tendo em conta os progressos e as dificuldades sentidas;
- **Avaliação Final:** tem como objetivo analisar e refletir sobre o percurso desenvolvido durante o estágio de forma a obter uma nota final adequada às competências adquiridas no decorrer do mesmo.

Esquematização do Plano de integração de estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNIC)

ACOLHIMENTO DO ESTUDANTE NO SERVIÇO	
<p>O Enf. Gestor/Enf. Coordenador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depois de informado, deve comunicar à equipa que irão receber estudante(s) da EEMC no serviço, informando o /os respetivo(s) Enfermeiro(s) Supervisor(es) responsáveis pelo acompanhamento dos mesmos; • Deve receber o/os estudante(s) no serviço, fazendo uma apresentação sobre a estrutura orgânico-funcional do CHUC e da UNIC; • Deve disponibilizar aos estudantes documentos que orientam o serviço e a prática dos cuidados de enfermagem na UNIC, fazendo referência aos documentos de apoio aos estudantes (Plano de integração) e transmitindo outras informações que possam ser solicitadas; • Deve providenciar cacifo para os estudantes; • Deve apresentar o/os aluno(s) aos respetivos Enf. Supervisor(es) que serão responsáveis pelo acompanhamento dos mesmos; • Deve acompanhar o/os estudante(s) numa visita guiada ao serviço, apresentando-o(s) à equipa multidisciplinar, fazendo referência aos espaços físicos e circuitos, aos equipamentos e materiais e às atividades desenvolvidas em cada setor da UNIC; 	
COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES
<p>Conhecer a estrutura orgânico-funcional da UNIC e a sua equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os diferentes setores do serviço: <ul style="list-style-type: none"> • Hemodinâmica Polo HUC e HG • Intervenção coronária e estrutural • Pacing/eletrofisiologia - Conhecer os recursos humanos do serviço: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer os diferentes elementos da equipa multidisciplinar; • Reconhecer a sua hierarquia e níveis de responsabilidade; - Conhecer os recursos materiais, funcionamento e manutenção dos equipamentos existentes no serviço:

	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecer as atividades de gestão de recursos materiais e de equipamentos da responsabilidade do enf. Coordenador e dos restantes elementos da equipa; ● Reconhecer as atividades de manuseamento, manutenção, higienização e acondicionamento de materiais e equipamentos; ● Reconhecer e participar na gestão e manutenção de material e equipamento específico utilizado na UNIC: injetor de contraste, desfibriladores, carros de emergência. <p>- Conhecer a metodologia de organização dos diferentes setores do serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Normas, regulamentos, protocolos e procedimentos específicos do serviço e da instituição; ● Metodologia de organização diária de trabalho (distribuição); ● Preparação das salas tendo em conta o setor e os procedimentos a realizar; ● Admissão de doentes de ambulatório, do serviço de urgência e dos internamentos (circuito do doente); ● Guia de Acolhimento do Serviço; ● Procedimentos e patologias mais frequentes; ● Circuitos de alimentação, medicamento, esterilização, roupa, resíduos; ● Funcionamento da rede telefónica interna; ● Horários de trabalho; ● Passagem de informação;
COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	
Responsabilidade profissional, ética e legal	- Desenvolver capacidade de tomada de decisão baseada no seu conhecimento e de acordo com a deontologia profissional;

	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente; - Participa no processo de tomada de decisão em equipa; - Promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação inequívoca dos doentes • Consentimento informado pré-procedimento - Refletir sobre os processos de tomada de decisão, avaliando os resultados dos mesmos; - Promover a segurança, a privacidade e a dignidade do doente, na prática dos cuidados.
Melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer e participa nos projetos de melhoria continua existentes no serviço, sugerindo áreas que necessitem de intervenção; - Participar ativamente na promoção de um ambiente seguro e na manutenção da qualidade dos cuidados, fomentando a melhoria continua e a gestão do risco.
Gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer e participar ativamente, acompanhando o Enf. coordenador, nas atividades de gestão de cuidados, recursos humanos e materiais, adaptando-as às necessidades e ao contexto, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados.
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o seu auto - conhecimento e assertividade, adaptando-se ao contexto em que se encontra inserido: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer fatores facilitadores do seu desenvolvimento ao longo do estágio; • Reconhecer dificuldades sentidas, adotando estratégias para as ultrapassar; • Adotar uma postura critico-reflexiva relativamente às suas práticas - Basear e justifica as suas práticas em evidência científica.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	
Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer as diferentes áreas de intervenção na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica admitida na UNIC- Intervenção coronária e estrutural, pacing/eletrofisiologia;- Desenvolver conhecimentos relativos aos procedimentos e patologias mais frequentes nos doentes admitidos na;- Conhecer e integrar a dinâmica de funcionamento da UNIC, desenvolvendo ao longo do estágio a sua autonomia;- Participar ativamente no processo de acolhimento da pessoa e da sua família na UNIC, informando-a sobre o procedimento, os cuidados prestados pré, intra e pós intervenção;- Identificar, planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa admitida na UNIC, tendo em conta o tipo de procedimento realizado e a condição clínica da mesma;- Reconhecer alterações, identificar fatores de instabilidade e antecipar possíveis complicações durante os procedimentos, intervindo adequadamente garantindo a segurança da pessoa, e a qualidade dos cuidados;- Conhecer e gerir protocolos terapêuticos complexos existentes na UNIC;- Conhecer os dispositivos de monitorização cardíaca utilizados (invasivos/ não invasivos), participando ativamente no seu correto manuseamento e gestão durante os procedimentos;- Participar ativamente na gestão da dor e do bem-estar da pessoa submetida a intervenção na UNIC;

	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os diferentes tipos de acessos venosos e arteriais consoante o procedimento realizado e participar ativamente nos cuidados, pré e pós procedimento; - Desenvolver estratégias comunicacionais com a pessoa em situação crítica admitida na UNIC, que fundamentem uma relação terapêutica e que contribuam para a gestão do impacto emocional vivenciado durante a intervenção; - Participar no processo de consciencialização da pessoa e da sua família relativamente aos cuidados a ter e às possíveis complicações associadas aos procedimentos, envolvendo-a no processo de cuidados e contribuindo para a sua capacitação na gestão do regime terapêutico pós-alta; - Participar ativamente na documentação do processo de enfermagem nos sistemas de informação utilizados no serviço.
<p>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o plano de emergência interna e externa da instituição.
<p>Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e aplicar as normas e protocolo específicos estabelecidos na UNIC, de acordo com o Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (SPCIRA); - Conhecer e aplicar os procedimentos e circuitos existentes no serviço, relativos às Precauções Básicas de Controlo de Infeção e as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, salvaguardando o seu cumprimento na prestação de cuidados especializados à pessoa admitida na UNIC; - Adotar uma atitude crítico-reflexiva, identificando possíveis estratégias a implementar no serviço, com base em evidência científica.

Bibliografia

- Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto | DRE. (2018).
<https://dre.pt/dre/detalhe/decretolei/65-2018-116068879>;
- Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro | DRE. (2015).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>;
- ESSCVP. Regulamento nº 705/2021 de 27 de julho | DRE. (2021).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *“Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica”*, Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no 429/2018 | DRE.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento no 140/2019 | DRE.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 366/2018 -
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 366/2018 | DRE.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>;

**APÊNDICE II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO - “PLANO DE
INTEGRAÇÃO DE ESTUDANTES DO MESTRADO EM EMC NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PSC NA UNIC”**

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
Djaló Fernandes, Portugal

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

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II

Plano de integração de estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
na Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNIC)

Inês Sofia Neto Sousa Marques
Enf. Supervisores: Constança Costa, Nuno Couceiro
Orientador: Professor Bráulio Sousa

Coimbra, 07 Março de 2024

1

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
Djaló Fernandes, Portugal

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

Introdução

➡ **Aplicabilidade:**
Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica a realizar estágio na UNIC.

Objetivos:

- Uniformizar a estrutura orientadora do processo de supervisão clínica dos EEMC na UNIC;
- Promover boas práticas e a integração dos estudantes na UNIC;
- Formar estudantes na avaliação e abordagem à Pessoa em Situação Crítica;
- Desenvolver o pensamento crítico-reflexivo dos estudantes.

2

Supervisão Clínica

Processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal:

- Entre o supervisor clínico e supervisionado
- Visa a estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas
- Promove a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados

Referenciais Orientadores

- Regulamento de Competências comuns dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Regulamento de Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em Situação Crítica
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)
- Código Deontológico
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE)

3

Enf. Supervisor

Responsável pelo processo de supervisão:

- Detém conhecimento concreto e pensamento sistematizado na área de Enfermagem e da Supervisão Clínica

Características:

- Motivação e disponibilidade para colaborar com o estudante
- Capacidade para desenvolver o processo de ensino-aprendizagem
- Representar um modelo do exercício profissional
- Competências relacionais e comunicacionais
- Capacidade de resolução de conflitos, tomada de decisão, delegação e responsabilidade.
- Proporcionar experiências enriquecedoras para o estudante
- Promover o desenvolvimento de confiança, motivação e espírito crítico do estudante

4

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
DUAS VARELA PORTUGUESA

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

Estudante EMC →

Mobiliza conhecimentos para:

- Identificar necessidades
- Identificar de intervenções especializadas
- Planear cuidados
- Estabelecer prioridades
- Prestar cuidados personalizados e diferenciados à pessoa em situação crítica

Desenvolve competências de liderança e gestão dos recursos e dos cuidados

Demonstra competências de comunicação

Desenvolve o seu autoconhecimento, baseando a sua prática em evidência científica

Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados

5

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
DUAS VARELA PORTUGUESA

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


Esquematização do plano de integração de estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNIC)

Acolhimento dos estudantes no serviço


Responsável: Enfermeiro Gestor/Enfermeiro Coordenador

- Informar a equipa sobre a chegada do(s) estudante(s)
- Designar o(s) Enfermeiro(s) Supervisor(es) e apresenta-lo(s) ao(s) estudante(s)
- Apresentar a estrutura organizacional do CHUC e do serviço
- Apresentar os recursos humanos e a estrutura orgânico-funcional da UNIC
- Disponibilizar documentos que orientam o serviço e a prática dos cuidados na UNIC
- Providenciar um cacifo para guardar os pertences do(s) estudante(s)
- Acompanhar o(s) estudante(s) em uma visita guiada pelo serviço
- Apresentar a equipe multidisciplinar, os espaços físicos, os circuitos, os equipamentos e materiais e as atividades desenvolvidas em cada setor da UNIC

6

 Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	
<p>Conhecer a estrutura orgânico-funcional da UNIC e a sua equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os diferentes setores do serviço: <ul style="list-style-type: none"> • Hemodinâmica Polo HUC e HI • Intervenção coronária e estrutural • Pacing/eletrofisiologia - Conhecer os recursos humanos do serviço: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer os diferentes elementos da equipa multidisciplinar; • Reconhecer a sua hierarquia e níveis de responsabilidade; - Conhecer os recursos materiais, funcionamento e manutenção dos equipamentos existentes no serviço: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer as atividades de gestão de recursos materiais e de equipamentos da responsabilidade do enf. Coordenador e dos restantes elementos da equipa; • Reconhecer as atividades de manuseamento, manutenção, higienização e acondicionamento de materiais e equipamentos; • Reconhecer e participar na gestão e manutenção de material e equipamento específico utilizado na UNIC: injetor de contraste, desfibriladores, carros de emergência. - Conhecer a metodologia de organização dos diferentes setores do serviço: <ul style="list-style-type: none"> • Normas, regulamentos, protocolos e procedimentos específicos do serviço e da instituição; • Metodologia de organização diária de trabalho (distribuição); • Preparação das salas tendo em conta o setor e os procedimentos a realizar; • Admissão de doentes de ambulatório, do serviço de urgência e dos internamentos (ciclo do doente); • Guia de Acolhimento do Serviço; • Procedimentos e patologias mais frequentes; • Circuitos de alimentação, medicação, esterilização, roupa, resíduos; • Funcionamento da rede telefónica interna; • Horários de trabalho; • Passagem de informação;

7

 Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	
COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	
<p>Responsabilidade profissional, ética e legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver capacidade de tomada de decisão baseada no seu conhecimento e de acordo com a deontologia profissional; - Desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente; - Participa no processo de tomada de decisão em equipa; - Promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação inequívoca dos doentes • Consentimento informado pré-procedimento - Refletir sobre os processos de tomada de decisão, avaliando os resultados dos mesmos; - Promover a segurança, a privacidade e a dignidade do doente, na prática dos cuidados.
<p>Melhoria contínua da qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer e participa nos projetos de melhoria contínua existentes no serviço, sugerindo áreas que necessitem de intervenção; - Participar ativamente na promoção de um ambiente seguro e na manutenção da qualidade dos cuidados, fomentando a melhoria contínua e a gestão do risco.
<p>Gestão dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer e participar ativamente, acompanhando o Enf. coordenador, nas atividades de gestão de cuidados, recursos humanos e materiais, adaptando-as às necessidades e ao contexto, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados.
<p>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o seu auto-conhecimento e assertividade, adaptando-se ao contexto em que se encontra inserido: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer fatores facilitadores do seu desenvolvimento ao longo do estágio; • Reconhecer dificuldades sentidas, adotando estratégias para as ultrapassar; • Adotar uma postura crítico-reflexiva relativamente às suas práticas - Basear e justificar as suas práticas em evidência científica.

8

C

 Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	
Cuida da pessoa, família/cuidador e vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as diferentes áreas de intervenção na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica admitida na UNIC - Intervenção coronária e estrutural, pacing/eletrofisiologia; - Desenvolver conhecimento relativo aos procedimentos e patologias mais frequentes nos doentes admitidos na: - Conhecer e integrar a dinâmica de funcionamento da UNIC, desenvolvendo ao longo do estágio a sua autonomia; - Participar ativamente no processo de acolhimento da pessoa e da sua família na UNIC, informando-a sobre o procedimento, os cuidados prestados pré, intra e pós intervenção; - Identificar, planejar, executar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa admitida na UNIC, tendo em conta o tipo de procedimento realizado e a condição clínica da mesma; - Reconhecer alterações, identificar fatores de instabilidade e antecipar possíveis complicações durante os procedimentos, intervindo adequadamente garantindo a segurança da pessoa, e a qualidade dos cuidados; - Conhecer e gerir protocolos terapêuticos complexos existentes na UNIC; - Conhecer os dispositivos de monitorização cardíaca utilizados (invasivos/ não invasivos), participando ativamente no seu correto manuseamento e gestão durante os procedimentos; - Participar ativamente na gestão da dor e do bem-estar da pessoa submetida a intervenção na UNIC; - Identificar os diferentes tipos de acessos venosos e arteriais consoante o procedimento realizado e participar ativamente nos cuidados, pré e pós procedimento; - Desenvolver estratégias comunicacionais com a pessoa em situação crítica admitida na UNIC, que fundamentem uma relação terapêutica e que contribuam para a gestão do impacto emocional vivenciado durante a intervenção; - Participar no processo de conselheirização da pessoa e da sua família relativamente aos cuidados a ter e às possíveis complicações associadas aos procedimentos, envolvendo-a no processo de cuidados e contribuindo para a sua capacitação na gestão do regime terapêutico pré-alta; - Participar ativamente na documentação do processo de enfermagem nos sistemas de informação utilizados no serviço.

9

 Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	
Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o plano de emergência interna e externa da instituição.
Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e aplicar as normas e protocolos específicos estabelecidos na UNIC, de acordo com o Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (SPCIRA); - Conhecer e aplicar os procedimentos e circuitos existentes no serviço, relativos às Precauções Básicas de Controlo de Infeção e às Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, salvaguardando o seu cumprimento na prestação de cuidados especializados à pessoa admitida na UNIC; - Adotar uma atitude crítico-reflexiva, identificando possíveis estratégias a implementar no serviço, com base em evidência científica.

10

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
CRUZ FERREIRA PORTUGUESA

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

Bibliografia

- Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto | DRE. (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/decretolei/65-2018-116068879>;
- Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro | DRE. (2015). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>;
- ESSCVP. Regulamento nº 705/2021 de 27 de julho | DRE. (2021). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). "Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica", Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018 | DRE. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115688617>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº 140/2019 | DRE. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 366/2018 -
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 366/2018 | DRE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>;

11

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
CRUZ FERREIRA PORTUGUESA

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

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II

Plano de integração de estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Unidade de
Intervenção Cardiovascular (UNIC)

Obrigada pela vossa atenção!

Inês Sofia Neto Sousa Marques
4424

Coimbra, 07 Março de 2024

12

APÊNDICE III: “TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS”

Autor/ Título/ ano publicação/ país de origem	Objetivos	Tipo de estudo/ metodologia	População e tamanho da amostra	Competências / intervenções de prática avançada de enfermagem	Resultados
<p>Dean Anderson, Victoria Clementt</p> <p>What impact do specialist and advanced-level nurses have on people living with heart failure compared to physician-led care? A literature review</p> <p>2020</p> <p>Reino Unido</p> <p>(Anderson & Clemett, 2021)</p>	<p>Investigar o impacto dos cuidados especializados e avançados prestados por enfermeiros nos resultados clínicos, na qualidade de vida e na satisfação dos doentes com IC, em comparação com os cuidados liderados por médicos.</p>	<p>Revisão de literatura e síntese narrativa (PICO)</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>- Programas de Gestão de Doenças: liderados por EPA, para proporcionar uma gestão contínua da IC, através de diagnósticos de enfermagem da gravidade da mesma e tendo em conta as características dos doentes.</p> <p>- Educação e follow-up: Sessões de educação (gestão do autocuidado, monitorização de sinais e sintomas, gestão de regime medicamentoso, pesagem diária, restrição de líquidos e dieta), após a alta, visitas domiciliares e acompanhamento telefónico para e avaliar a eficácia das</p>	<p>Mortalidade:</p> <p>A maioria dos estudos não encontrou diferenças significativas nas taxas entre os grupos de intervenção e controle, independentemente do risco de viés. Duas exceções relataram reduções na mortalidade em programas de gestão da doença liderados EPA, mas apresentaram elevado desgaste de sujeitos e diferenças significativas nas características dos participantes.</p> <p>Internamentos hospitalares e tempo de permanência:</p> <p>A utilização de programas de gestão da IC liderados por EPA na</p>

				<p>intervenções e a necessidade da sua manutenção.</p> <p>- Titulação de medicamentos: Enfermagem especializada para titulação de medicamentos, como betabloqueadores, isoladamente ou em combinação com outros medicamentos.</p> <p>- Gestão da Transição de Cuidados: Foco na redução de readmissões hospitalares, através da alta coordenada, de modo a manter a continuidade dos cuidados após a mesma;</p>	<p>redução de internamentos hospitalares e do tempo de permanência apresentou resultados mistos:</p> <p>- Readmissões: A maioria dos estudos não encontrou diferenças significativas nas taxas de readmissão entre os grupos que receberam o programa e os que receberam cuidados habituais.</p> <p>- Tempo de internamento: Alguns estudos mostraram uma redução significativa no tempo de internamento hospitalar para doentes que participaram nos programas, especialmente aqueles recém-diagnosticados.</p> <p>Diagnóstico e manejo da IC: Alguns estudos demonstram que os EPA, após treino adequado, apresentam boa</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>precisão no diagnóstico da gravidade da IC, especialmente quando comparados com marcadores. No entanto, a concordância com a classificação da New York Heart Association foi limitada.</p> <ul style="list-style-type: none">- Titulação de medicamentos: Alguns estudos sugerem que os EÂ podem ser tão eficazes quanto médicos na titulação de medicamentos como betabloqueadores, mas outros estudos não encontraram diferenças significativas.- Uso de diuréticos: Estudos indicam que visitas domiciliares e acompanhamento por telefone conduzidos por EPA podem aumentar o uso adequado de diuréticos.
--	--	--	--	--	---

					<p>Qualidade de vida e satisfação do paciente:</p> <p>São apresentados resultados mistos, alguns estudos mostraram melhora na qualidade de vida após a participação em programas de educação e de gestão da doença liderados por EPA, enquanto outros não encontraram diferenças significativas.</p> <p>Autoavaliação e autocuidado:</p> <p>Estudos de boa qualidade mostraram que a educação em saúde e o acompanhamento por enfermeiros de prática avançada levam a melhorias significativas na capacidade dos doentes de monitorizar os seus sintomas, ajustar os seus medicamentos e realizar outras atividades relacionadas ao autocuidado.</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>O acompanhamento telefónico e as visitas domiciliarees parecem ser importantes para manter as mudanças de comportamento a longo prazo.</p> <p>Qualidade dos estudos:</p> <p>A qualidade metodológica dos estudos variou, com alguns apresentando alto risco de viés.</p>
<p>Jennifer Coen, Kimberly Curry</p> <p>Improving Heart Failure Outcomes - The Role of the Clinical Nurse Specialist~</p> <p>2016 EUA (Coen & Curry, 2016)</p>	<p>identificar e analisar as barreiras que comprometem os resultados clínicos na insuficiência cardíaca, destacando o papel do enfermeiro especialista clínico na superação desses obstáculos, com o intuito de melhorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida dos doentes.</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>Educação do doente e família:</p> <p>proporciona educação a múltiplos níveis (hospitalar, pré alta e pós alta), focando-se em medidas de gestão do autocuidado (pesagem diária, restrição de líquidos e dieta), adesão à medicação, reconhecimento precoce de sinais e sintomas e da necessidade de tratamento precoce.</p>	<p>O EPA tem um papel crucial no apoio a doentes com IC e às suas famílias. proporcionam cuidados individualizados, focando-se em superar barreiras à adesão ao tratamento, melhorar a educação dos doentes, e otimizar as intervenções terapêuticas. O objetivo principal centra-se em garantir cuidados de alta qualidade, melhorar os resultados clínicos e aumentar a qualidade</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre pesagem diária, restrição de líquidos, dieta e medicação - Instruir sobre sinais e sintomas - Coaching e Consultoria: atua como coach, ajudando os doentes a manterem a adesão a regimes de autocuidado e a gerirem o impacto psicossocial da doença. Identificando áreas onde a colaboração interdisciplinar pode beneficiar os doentes, recomendando intervenções que envolvam outros profissionais de saúde. - Orientar sobre regimes de autocuidado e apoio psicossocial. - Ensinar sobre gestão do regime terapêutico, de exercício e alimentar 	
--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para outros profissionais - Liderança: O EPA desempenha um papel de liderança em ambientes agudos, educando enfermeiros sobre a IC, incluído a formação em gestão de parâmetros hemodinâmicos e diretrizes de tratamento recentes, baseadas em evidencia científica. - Capacitar sobre monitorização da IC e novas diretrizes de tratamento. - Gestão da Transição de Cuidados: desenvolve programas que asseguram uma transição segura entre diferentes níveis de cuidados, com ênfase em educação contínua e suporte estruturado 	
--	--	--	--	--	--

				<p>após a alta hospitalar, visando reduzir as readmissões.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver programas de educação contínua e suporte pós-alta. <p>Investigação e Inovação: desenvolve atividades de investigação que visam identificar novas estratégias de gestão e intervenções personalizadas para a IC, traduzindo a investigação em práticas baseadas em evidências.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar resultados de pesquisa para melhorar a prática baseada em evidências. <p>- Colaboração e Planeamento Avançado de Cuidados: atua como um elo entre os doentes e a equipa de cuidados de saúde, facilitando discussões sobre</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>cuidados paliativos e planeamento avançado, apoiando a tomada de decisões informadas por parte dos doentes.</p> <p>- Promover discussões sobre cuidados paliativos e decisões informadas.</p> <p>de vida dos doentes através de intervenções eficazes e personalizadas.</p>	
<p>Daniel David, Lorraine Britting, Joanne Dalton</p> <p>Cardiac Acute Care Nurse Practitioner and 30-Day Readmission</p> <p>2015</p> <p>EUA</p> <p>(David et al., 2015)</p>	<p>Determinar o impacto da utilização de enfermeiros de prática avançada, nas equipas médicas que prestam cuidados cardíacos agudos a doentes internados numa unidade de cuidados intensivos cardiovasculares,</p>	<p>Estudo qualitativo, comparativo e retrospectivo, não randomizado</p>	<p>A amostra foi composta por 2 grupos constituídos por 185 doentes de EAM e IC): 109 dos doentes receberam cuidados do enfermeiro de prática avançada, em colaboração com a equipa médica e 76 foram atendidos exclusivamente pela equipa médica</p>	<p>Permanência contínua na unidade de cardiologia:</p> <p>Os EPA permanecem na unidade como membro fixo da equipa, prestando cuidados diretos ao doente internado;</p> <p>Intervenções educacionais:</p> <p>fornece ensino intensivo sobre a fisiopatologia da doença, cuidados hospitalares e autocuidados após alta,</p>	<p>Os doentes que receberam cuidados de uma equipa com EPA apresentaram uma menor taxa de retorno ao serviço de urgência (11.9% vs. 25%) e de readmissão hospitalar em 30 dias (13.8% vs. 28.9%) em comparação com o grupo sem os EPA.</p> <p>A presença dos EPA não teve impacto significativo na duração</p>

	<p>avaliando os resultados clínicos obtidos.</p>			<p>focando na ligação entre sintomas (como dispneia e edema) e a IC.</p> <p>Capacitação para autocuidado: orientam os doentes a reconhecer e responder proactivamente aos sinais de agravamento da condição, evitando readmissões hospitalares.</p> <p>Coordenação com outros prestadores de cuidados: Facilita a comunicação direta com farmacêuticos externos e familiares, prevenindo falhas na comunicação sobre medicação.</p> <p>Comunicação com prestadores externos: Envio de resumos de alta e resultados de exames pendentes a prestadores externos para garantir a</p>	<p>da estadia hospitalar ou no tempo de alta.</p> <p>Características associadas a maiores taxas de readmissão incluíram o diagnóstico de IC, história de diabetes e ausência de intervenção dos EPA.</p> <p>A presença contínua dos EPA na equipa multidisciplinar melhorou a continuidade dos cuidados, a comunicação com outros prestadores de cuidados e a educação dos doentes, resultando em melhores desfechos clínicos.</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>continuidade dos cuidados após a alta.</p> <p>Follow-up pós-alta: Realiza chamadas de seguimento dentro de 72 horas, verificando adesão ao plano de alta, medicação correta, marcação de consultas e sintomas apresentados após a alta, garantindo a continuidade do cuidado.</p>	
<p>Andrea Driscoll, Sharon Meagher, Rhoda Kennedy, David L. Hare, Douglas F. Johnson, Kristina Asker, Omar Farouque, Helena Romaniuk, Liliana Orellana</p> <p>Impact of a heart failure nurse</p>	<p>Explorar o impacto de um serviço de enfermeiros de prática avançada em doentes internados com IC, nos reinternamentos por todas as causas em 12 meses, nas admissões no serviço de urgência e na mortalidade, em comparação com os</p>	<p>Estudo de coorte retrospectivo</p>	<p>A amostra foi composta por 2 grupos constituídos por 408 doentes, admitidos com IC aguda que deram entrada no SU e posteriormente foram internados no serviço de Medicina Geral ou Cardiologia: 186 doente, receberam cuidados habituais e 222 foram</p>	<p>-Várias visitas aos doentes durante o internamento (dependendo da gravidade do caso, da compreensão e da necessidade do doente)</p> <p>- Avaliação avançada do doente, revisão e otimização da medicação padrão, revisão de testes diagnósticos, educação de doentes e cuidadores sobre a autogestão da IC, entrega de</p>	<p>O serviço de enfermagem especializada resultou em uma redução significativa nas taxas de apresentações no SU (-16,9%) e reinternamentos (-9,4%) em 12 meses, em comparação com os cuidados habituais. No entanto, não houve impacto significativo nas taxas de mortalidade aos 6 ou 12 meses. A prescrição de medicamentos</p>

<p>practitioner service on rehospitalizations, emergency presentations, and survival in patients hospitalized with acute heart failure</p> <p>2022</p> <p>Austrália</p> <p>(Driscoll et al., 2023)</p>	<p>cuidados hospitalares habituais.</p>		<p>referenciados para serem acompanhados pelos EPA em colaboração com a equipa médica habitual do hospital.</p>	<p>materiais educacionais adaptados a diferentes níveis de literacia em saúde e planeamento da alta que envolveu encaminhamento para serviços de apoio comunitário, como clínicas de cardiologia especializadas e programas de visitas domiciliares.</p>	<p>recomendados pelas diretrizes foi semelhante entre os dois grupos. A proporção de doentes encaminhados para o programa de visitas domiciliares foi significativamente maior no grupo que recebeu atendimento pelo EPA (19% a mais).</p>
<p>Kathaleen King-Dailey, Suzanne Frazier, Sonya Bressler, King-Wilson</p> <p>The Role of Nurse Practitioners in the Management of Heart Failure - Patients and Programs</p> <p>2022</p>	<p>Destacar a abordagem multifacetada utilizada pelos enfermeiros de prática avançada no tratamento de doentes com IC) e avaliar se estes possuem competências clínicas adequadas para gerir a complexidade destes doentes.</p>	<p>Revisão da literatura</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>Educação do doente: Os EPA educam os doentes sobre a sua condição, incluindo a gestão de sintomas e a adesão ao tratamento. Capacitam os doentes para gerirem a sua saúde de forma eficaz.</p> <p>Monitorização de sintomas: Os EPA realizam a monitorização contínua dos sintomas dos doentes,</p>	<p>Melhoria na qualidade de vida: Os doentes que participaram em programas relataram melhorias na sua qualidade de vida, especialmente em relação à gestão dos sintomas e à adesão ao tratamento.</p> <p>Aumento na satisfação dos doentes: A satisfação com os cuidados recebidos foi elevada, refletindo a eficácia dos EPA em</p>

<p>EUA (King-Dailey et al., 2022)</p>				<p>ajudando a identificar precocemente qualquer agudização e ajustando os planos de cuidados conforme necessário.</p> <p>Coordenação de cuidados: Atuam como intermediários entre diferentes prestadores de cuidados, facilitando a comunicação e a coordenação de serviços entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. São responsáveis por coordenar Programas de Transição de Cuidados, de gestão de Doenças e de Telemedicina</p> <p>Gestão do regime medicamentoso: Os EPA são responsáveis pela gestão de medicamentos, assegurando que os doentes</p>	<p>fornecer educação personalizada e apoio contínuo.</p> <p>Gestão eficaz de sintomas: os EPA foram eficazes em monitorizar e gerir sintomas, o que permitiu uma intervenção precoce em situações de agudização da doença.</p> <p>Coordenação de cuidados eficiente: Os EPA melhoraram a comunicação entre os diversos membros da equipe de saúde e com os doentes, facilitando uma abordagem mais integrada e holística ao tratamento da IC</p>
---	--	--	--	--	--

				<p>compreendam a importância da adesão ao regime de medicação e monitorizando potenciais efeitos colaterais.</p> <p>Uso de tecnologia:</p> <p>A implementação de tecnologia de telemedicina para consultas remotas e monitorização de saúde permite que os EPA mantenham contato contínuo com os doentes, especialmente em situações de isolamento social ou durante pandemias.</p>	
<p>Kathleen M. Mccauley, Brian bixby, Mary D. Naylor</p> <p>Advanced Practice Nurse Strategies to Improve Outcomes and Reduce Cost in</p>	<p>Avaliar se a intervenção de enfermeiros de prática avançada na coordenação dos cuidados durante a transição do hospital para o domicílio de idosos vulneráveis com IC, pode melhorar os resultados clínicos, prevenir</p>	<p>Ensaio clínico randomizado</p>		<p>Os EPA realizaram visitas diárias aos doentes hospitalizados, garantindo um planeamento adequado da alta em colaboração com a equipa de saúde e família. Após a alta (24h), visitaram os doentes no domicílio, mantendo posteriormente visitas</p>	<p>Os resultados do estudo mostraram que as intervenções dos EPA foram eficazes na melhoria da gestão da IC e das comorbidades, reduzindo significativamente as readmissões hospitalares. O suporte contínuo oferecido pelos EPA, com visitas regulares,</p>

<p>Elders with Heart Failure</p> <p>2006</p> <p>EUA</p> <p>(McCauley et al., 2006)</p>	<p>reinternamentos e reduzir custos, em comparação com os cuidados habituais.</p>			<p>semanais no primeiro mês e bimensais nos dois seguintes, ajustando a frequência conforme necessário. Ofereceram suporte telefónico contínuo e seguiram protocolos baseados em evidências para gerir a IC e comorbidades. As Intervenção do EPA na gestão da IC focaram-se em três domínios principais:</p> <p>Eficácia para o doente e família/cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação individualizada dos sinais e sintomas de IC e comorbidades; - Avaliação do suporte social, segurança ambiental e acesso a recursos comunitários; - Educação para a autogestão, incluindo a criação de planos de 	<p>suporte telefónico e um enfoque em planos de cuidados personalizados, melhorou a adesão dos doentes ao tratamento, a autogestão das suas condições crónicas e a comunicação com os prestadores de cuidados de saúde. Além disso, as EPA ajudaram a identificar e a mitigar barreiras como a falta de acesso a medicamentos e o não cumprimento dos planos de tratamento o que contribuiu para melhores resultados clínicos e qualidade de vida dos doentes. O estudo também demonstrou que a abordagem dos EPA pode ser um modelo eficaz e custo-efetivo para a gestão de saúde em doentes de alto risco.</p>
--	---	--	--	--	--

				<p>gestão personalizados e planos de emergência;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento de recursos como balanças digitais, gravadores e materiais educativos (vídeos, folhetos); - Intervenções para melhorar a adesão ao regime medicamentoso e diatético (ex.: organizadores de comprimidos, aconselhamento nutricional); <p>Relação doente-profissional de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento dos doentes nas primeiras consultas pós-alta para facilitar a comunicação com os médicos; - Colaboração na elaboração de planos de tratamento adaptados às necessidades individuais dos doentes; 	
--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da frequência de visitas domiciliares para monitorizar sintomas e ajustar tratamentos em colaboração com os doentes e a equipa multidisciplinar; Gestão de comorbilidades e melhoria da saúde geral: - Gestão integrada das comorbilidades (diabetes, doença pulmonar crónica, etc.) com orientações específicas para cada condição; - Instruir sobre a importância da interpretação dos sintomas e da sua correta gestão; - Ajuda no uso correto de dispositivos médicos, como inaladores, etc; - Acompanhamento de visitas médicas para facilitar a 	
--	--	--	--	---	--

				<p>comunicação e ajustar os planos de tratamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenções em casos de abuso de substâncias, colaborando com os médicos na gestão de medicações; - Promoção de atividade física progressiva, com ênfase no fortalecimento muscular e reabilitação funcional. 	
<p>Javier Ordóñez-Piedra, Jose Antonio Ponce-Blandón, Jose Miguel Robles-Romero, Juan Gómez-Salgado, Nerea Jiménez-Picón, Macarena Romero-Martín</p> <p>Effectiveness of the Advanced Practice Nursing interventions</p>	<p>Atualizar os dados disponíveis e o conhecimento sobre a eficácia das intervenções de enfermeiros de prática avançada em doentes com IC;</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p>	<p>Analisar quatro perguntas PICO (Pacientes, Intervenções, Comparação e Resultados) para avaliar se a assistência prestada por enfermeiros de prática avançada reduz o número de readmissões hospitalares, diminui a mortalidade, apresenta uma relação custo-benefício positiva e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização contínua de sintomas: A monitorização de sinais e sintomas, permite a deteção precoce de exacerbações, resultando em intervenções mais rápidas e eficazes, evitando a agudização que pode levar a readmissões e condições mais graves. - Gestão de medicação: A titulação de medicamentos por parte da EPA demonstrou ser 	<p>Os estudos incluídos, maioritariamente de carácter experimental ou quase-experimental, apontam que a intervenção do EPA melhora a qualidade dos cuidados, com destaque para a redução das readmissões hospitalares, associando esse facto ao aumento do conhecimento e da compreensão dos doentes sobre gestão da doença</p>

<p>in the patient with heart failure: A systematic review</p> <p>2021</p> <p>Espanha</p> <p>(Ordóñez-Piedra et al., 2021)</p>			<p>melhora a qualidade de vida dos doentes com IC.</p>	<p>eficaz na otimização do regime terapêutico, promovendo o uso adequado de fármacos como betabloqueadores e diuréticos. Esta gestão contribui para a estabilização da condição clínica dos doentes, além de reduzir os efeitos adversos associados ao tratamento.</p> <p>- Educação dos doentes e cuidadores: O foco dos EPA na educação permite que os doentes e suas famílias compreendam melhor a IC, o que resulta numa maior capacidade de gerir sinais e sintomas e de aderir ao regime terapêutico, promovendo o autocuidado eficaz.</p> <p>- Programas de Transição de Cuidados e Telemedicina: As EPA desempenham um papel</p>	<p>Em relação à mortalidade, a maioria dos estudos analisados indicou uma redução nas taxas de mortalidade com a intervenção do EPA.</p> <p>No que se refere ao custo-benefício, a maioria dos estudos concluiu que a intervenção do EPA é uma estratégia custo-efetiva, com poupanças significativas nos custos hospitalares, embora alguns autores apontem a necessidade de avaliações de longo prazo para confirmar esses resultados.</p> <p>Quanto à qualidade de vida dos pacientes, a maioria dos estudos relatou uma melhoria significativa, atribuída principalmente à educação em saúde e à intervenção psicossocial.</p>
---	--	--	--	--	---

				vital na coordenação entre o hospital e os cuidados domiciliares. Estes programas, muitas vezes apoiados por tecnologia de telemedicina, permitem o seguimento regular dos doentes após a alta, aumentando a continuidade dos cuidados e melhorando a comunicação entre os vários prestadores de saúde e o encaminhamento precoce para outros serviços especializados.	Esta revisão sublinha a importância dos EPA na gestão da IC em ambiente hospitalar, com foco em intervenções contínuas, personalizadas e baseadas em evidências, que não só melhoram os resultados clínicos, mas também promovem uma abordagem mais integrada e holística ao cuidado do doente.
Jittawadee Rhiantong, Porntip Malathum, Supreeda Monkong, Kathleen McCauley, Chukiat Viwatwongkasem, Srun Kuanprasert	Comparar os resultados dos doentes com IC que receberam um Programa de Cuidados Continuados liderado por enfermeiros de prática avançada e aqueles que recebem cuidados habituais	Estudo quase experimental, pré-teste e pós-teste com grupo de comparação	A amostra foi composta por 2 grupos (71 participantes): 42 doentes com IC no grupo de intervenção que receberam o Programa de Cuidados Continuados e 29 no grupo de comparação	Durante a Hospitalização: Implementação de um Programa de Cuidados Continuados que tem como objetivo, coordenar e facilitar o cuidado contínuo do hospital para o domicílio. Este programa é desenvolvido em	Os resultados sugerem que o modelo de Cuidados Continuados liderados por EPA, foi eficaz em melhorar o estado funcional, a satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem, a qualidade de vida, o tempo da hospitalização e os custos dos cuidados em

<p>Outcomes of an Advanced Practice Nurse-Led Continuing Care Program in People with Heart Failure</p> <p>2019</p> <p>Tailândia</p> <p>(Rhiantong et al., 2019)</p>			<p>que receberam cuidados usuais.</p>	<p>colaboração com o doente, cuidadores, médicos, enfermeiros e outros membros da equipe de saúde que sejam considerados essenciais.</p> <p>Avaliação inicial: até 24h após a admissão, os EPA realizam uma avaliação abrangente do doente, tendo em conta a sua capacidade funcional, sinais e sintomas, conhecimentos sobre a doença, autocuidado, medicação, etc. Identificam a necessidades da implementação do programa e de cuidados transição. Analisam os objetivos e as expectativas dos doentes.</p> <p>Visitas diárias (30 a 60 min): Educação do doente e do seu cuidador sobre a doença, tratamento, gestão e relato de</p>	<p>comparação com os cuidados habituais. As competências dos EPA em avaliação abrangente, colaboração em equipa, educação e apoio a doentes e famílias contribuíram para esses resultados positivos. No entanto, não houve diferenças significativas em mudanças de peso corporal, complicações, visitas à urgência, taxas de readmissão e tempo desde a alta até à readmissão.</p>
---	--	--	---------------------------------------	--	---

				<p> sinais e sintomas, regime medicamentoso, recomendações relativas ao autocuidado (dietéticas, ingestão hídrica, controle de peso, etc), progressão da capacidade funcional e treino de habilidades para preparar a transição para o domicílio; </p> <p> Visita antes da alta: </p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparação final da alta, para avaliação das competências e conhecimentos adquiridos durante o internamento; - Confirmação de consultas de acompanhamento. - Fornecimento de Informação e suporte como contatos, recursos comunitários e orientações. <p> Após a Alta: </p>	
--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none">- Suporte disponível por telefone durante a semana e aos fins de semana.- Visita de acompanhamento (duas semanas após a alta) para avaliação das competências do autocuidado e reforço de informações, incluindo suporte ao cuidador e identificação de necessidades de recursos sociais.	
--	--	--	--	--	--