



**A pessoa com Síndrome Coronário Agudo no interface pré-hospitalar - hospitalar:  
Promover a efetividade da comunicação clínica**

João Pedro Alves Silva Sousa Cruz

Uminho | 2023



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
UNIVERSIDADE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM**

João Pedro Alves Silva Sousa Cruz

**A pessoa com Síndrome Coronário Agudo  
no interface pré-hospitalar - hospitalar:  
Promover a efetividade da comunicação  
clínica**

junho de 2023



**UNIVERSIDADE DO MINHO**  
**UNIVERSIDADE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

João Pedro Alves Silva Sousa Cruz

**A pessoa com Síndrome Coronário Agudo  
no interface pré-hospitalar - hospitalar:  
Promover a efetividade da comunicação  
clínica**

Relatório de Estágio e Projeto  
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação do  
**Professor Doutor João Manuel Pimentel Cainé**

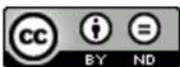
## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição-SemDerivações  
CC BY-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

## **AGRADECIMENTOS**

Aos professores João Cainé e Ana Paula Macedo pelo apoio, ajuda e orientação que prestaram ao longo deste percurso, permitindo que este relatório de estágio se tornasse possível.

Aos enfermeiros que foram responsáveis pelos ensinamentos, orientação e evolução no decorrer deste longo percurso, nomeadamente ao enfermeiro Luís Pedro Ribeiro, à enfermeira Luísa Ribeiro, pessoas e profissionais de excelência e pilares imprescindíveis no desenvolvimento deste projeto, pela atenção, dedicação, preocupação e carinho demonstrado no percurso. A maior consideração e uma estima muito elevada.

Ao enfermeiro-chefe António Faria, pela disponibilidade e apoio.

A todos os profissionais do Serviço de Urgência do Hospital de Braga, que de uma forma ou de outra contribuíram e apoiaram na concretização do estágio, que estimularam, conversaram e discutiram, fazendo-me crescer.

Aos amigos, que, pelas palavras motivadoras e apoio incondicional contribuíram, e muito, para o desenvolvimento do projeto.

À família, pela paciência e pelas simples palavras, que muitas vezes se tornaram o combustível ideal.

À minha esposa e filha Francisca, pela missão mais difícil, sem dúvida os **grandes motores** deste importante passo.

*“...the increasing number of nurses in pre-hospital emergency care is contributing to the quality of the services by raising the competence level of the team as a whole”*

**Suserud & Haljamae**

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## **RESUMO**

A emergência médica tem assumido um maior relevo e uma evolução importante, quer na construção, quer na qualificação dos cuidados de enfermagem e na redução das taxas de mortalidade e de morbilidade nos doentes transportados.

O exercício profissional dos enfermeiros na atividade pré-hospitalar tem respondido ao benefício da intervenção clínica precoce como forma de garantir a excelência de cuidados e a prática de acordo com a evidência neste domínio. Apesar de a dificuldade em afirmar a diferenciação do seu exercício neste contexto ainda permanecer, sendo conhecida alguma contestação social (interna e externa), torna-se fundamental documentar factos e âmbitos ainda pouco explorados, como a comunicação e a sua eficácia entre as equipas pré-hospitalares e hospitalares, em situações de emergência, mais especificamente, em situações de Síndrome Coronário Agudo (SCA).

Nos doentes críticos com SCA é imperativo o cuidado, o agilizar e monitorizar terapêutica pré-hospitalar e hospitalar, bem como a identificação precoce das situações críticas, de maneira a obter eficácia na ativação também precoce dos serviços de hemodinâmica. As Guidelines do European Resuscitation Council (ERC) reconhecem a importância da deteção e da importância da implementação terapêutica tanto a nível pré-hospitalar como hospitalar.

Tempos de transporte, terapêutica utilizada e escolha de um tratamento em detrimento de outro são os grandes momentos decisivos e preditivos do sucesso do tratamento, daí que a comunicação entre as duas equipas seja preciosa e fundamental.

O presente projeto de intervenção pretende analisar a influência da comunicação entre equipas na transferência do doente com SCA, bem como identificar as atividades dos intervenientes no meio pré-hospitalar e hospitalar; e a existência de possíveis instrumentos facilitadores de comunicação/registo.

Estes dados terão um contributo importante para um conhecimento mais abrangente das competências do enfermeiro nos cuidados pré-hospitalares, podendo estimular o incentivo dos enfermeiros da atividade pré-hospitalar a realizar sempre os registos da sua intervenção autónoma nos cuidados prestados, e a reforçar a passagem dessa informação na transferência e encaminhamento nas unidades de saúde, bem como promover o desenvolvimento de uma plataforma de registos próprios de enfermagem na atividade pré-hospitalar.

**Palavras-chave:** comunicação, hospitalar e pré-hospitalar, síndrome coronário agudo

## **ABSTRACT**

The medical emergency has taken on a major role in the construction and qualification of nursing care and in reducing mortality and morbidity rates in transported patients. The professional practice of nurses in prehospital care has responded to the benefit of early clinical intervention as a way of ensuring excellence in care and practice according to the evidence in this field. Although the difficulty in affirming the differentiation of its exercise in this context still remains, and it is known some social contestation (internal and external), it becomes fundamental to document facts and scopes still little explored, such as communication and its effectiveness among the teams pre-Hospital and emergency situations, more specifically in situations of acute coronary syndrome (ACS). In critical ACS patients, it is imperative to care for, expedite and monitor prehospital and hospital therapy, as well as the early identification of critical situations, in order to obtain efficacy in the early activation of hemodynamic services. The European Resuscitation Council (ERC) Guidelines recognize the importance of detection and the importance of therapeutic implementation both prehospital and hospital. Transportation times, therapy used and choosing one treatment over another are the great decisive and predictive moments of treatment success, so that communication between the two teams is precious and fundamental. The present study intends to analyze the influence of communication between teams on the transfer of the patient with ACS, as well as to identify the activities of the participants in the prehospital and hospital environment; and the existence of possible communication / registration facilitation tools.

These data will have an important contribution to a more comprehensive knowledge of nurses' competences in prehospital care, and may stimulate the incentive of prehospital nurses to always keep records of their autonomous intervention in the care provided, and to reinforce the passage of this information in the transfer and referral in the health units, as well as to promote the development of a platform of own registers of nursing in the prehospital activity.

**Keywords:** communication, hospital and pre-hospital, acute coronary syndrome

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA .....	15
2.1. Caracterização do Serviço de Urgência .....	18
2. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS .....	23
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	24
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica .....	31
PARTE II – PROJETO .....	43
ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	43
1.1. O SCA desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar, em Portugal;.....	43
1.2. A intervenção especializada de enfermagem à pessoa com SCA e a preponderância do fator tempo no cuidar da pessoa com SCA.....	47
1.3. Metodologia Trabalho – Projeto .....	60
1.3.1. Diagnóstico de Situação .....	60
1.3.2. Definição de Objetivos.....	71
1.3.3. Planeamento do Projeto .....	72
1.3.4. Execução .....	73
1.3.5. Avaliação .....	74
1.3.6. Divulgação de Resultados.....	75
CONCLUSÃO .....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79
ANEXOS .....	84

## **LISTA DE SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral  
CCI – Comissão de Controlo de Infecção  
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes  
EAM – Enfarte Agudo Miocárdio  
EAMCSST - Enfarte Agudo de Miocárdio com elevação de ST  
ECG - Eletrocardiograma  
ESC – European Society of Cardiology  
FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares  
IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde  
ICPP – Intervenção Coronária Percutânea Primária  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
OE – Ordem do Enfermeiros  
OM – Ordem dos Médicos  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção  
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos  
PSC – Pessoa em Situação Crítica  
RSL – Revisão Sistemática da Literatura  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SCA – Síndrome Coronário Agudo  
SE – Sala de Emergência  
SIV – Suporte Imediato de Vida  
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos  
STM – Sistema de Triagem de Manchester  
SU – Serviço de Urgência  
SUP – Serviço de Urgência Permanente  
TAC – Tomografia Axial Computorizada  
UDC – Unidade Decisão Clínica  
UE – União Europeia  
UCIC – Unidade Cuidados Intermédios Cardíacos  
VMER – Viatura Médica Emergência e Reanimação  
VV – Via Verde  
VVC – Via Verde Coronária

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Composição do Armário Catástrofe (situado na triagem).....	38
Tabela 2 - Tempos de isquemia.....	45
Tabela 3 - Estratégia PICO e aplicação de critérios de inclusão .....	51
Tabela 4 - PRISMA 2009 FLOW DIAGRAM .....	53
Tabela 5 - Grelha de Extração de Dados (adaptado de JBI 2014) .....	54
Tabela 6 - Grelha de observação .....	63
Tabela 7 - Análise SWOT .....	70
Tabela 8 - Planeamento atividades .....	72
Tabela 9 - Resposta ao questionário da formação .....	75

## **INTRODUÇÃO**

Já desde Nightingale que os enfermeiros procuram a construção de um corpo de conhecimentos, que confira à Enfermagem, enquanto profissão e disciplina, estatuto de autonomia, motivando e estimulando os enfermeiros a, simplesmente, não se limitarem apenas a reproduzir o papel que lhes é esperado, mas sim, a enriquecerem as suas competências de maneira mais estruturada, com centralidade no doente, com capacidades fortes de decisão.

A aquisição de competências profissionais na área de especialização, requer a realização de estágios clínicos que se aproximem da realidade. São estes os momentos de observação e de intervenção em contextos de serviços de saúde que nos permite desenvolver capacidades, atitudes e competências, onde se espera que o estudante desenvolva atitudes e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico-prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados. (Alarcão, 1996)

Sem dúvida, que aliada à sede de conhecimento, o prazer e o gosto especial por esta área de especialização foram o grande motor para ingressar no Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, curso que contempla no seu plano de estudo a realização de um estágio, com 400 horas num período de 5 meses. Este estágio desenvolveu-se no Serviço de Urgência do hospital de Braga, com os seguintes objetivos de aprendizagem:

- Identificar o modelo de conceção e prestação de cuidados adotados no local de estágio;
- Agir em conformidade com o conhecimento ético, normas e procedimentos legais;
- Consolidar as intervenções de enfermagem da pessoa em situação crítica;
- Perspetivar uma abordagem abrangente, integrada e projetiva na fundamentação das práticas em enfermagem no doente crítico;
- Realizar um estágio e relatório que tomo como objeto de estudo as problemáticas dos contextos da prática de enfermagem na pessoa em situação crítica.

Ao longo de todo o curso, o caminho realizado no sentido de Enfermeiro Especialista foi-se construindo e trilhando, de forma a encontrar-me com aquilo que a Ordem dos Enfermeiros (2007, 62:14-15) espera de nós, ou seja, o profissional com reconhecida “competência científica, técnica e humana”, assumindo “um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

Com isto e progredindo no mesmo sentido, considero a prática e o seu contexto excelentes e plenas possibilidades formativas, em que o enfermeiro assume uma nova centralidade nos processos de mudança e de construção de saberes. “A experiência assume-se (...) como meio de aquisição de conhecimentos” (Rocha, 2003b:32), a vivência das diversas situações reais são uma mais-valia poderosa dos nossos referenciais teórico-práticos.

Torna-se fundamental definir os conhecimentos profundos que nos conferem algum sentido de mestria, daí que a competência seja o “estado de ter o conhecimento, julgamento, habilidades, energia, experiência e motivação necessárias para responder adequadamente às exigências e responsabilidades profissionais” (Rocha, 2003b:107) que se complementam com a componente de estágio, através do contato direto com o doente crítico.

No contexto de trabalho, como enfermeiro, apliquei os conhecimentos específicos e desenvolvi as capacidades profissionais, promovido pelo contato direto com o doente crítico, transformando, assim, os conhecimentos em saberes específicos que permitiram a construção das competências para determinadas situações. Estas competências estão inerentes ao Enfermeiro Especialista, segundo o descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 1996, 4:3):

*“...é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”*

Pretendo com este relatório atingir a fundamentação teórica das práticas e estratégias utilizadas, contextualizar de forma eficiente o campo de estágio, refletindo ativamente e criticamente sobre a prática desenvolvida à luz das competências específicas já faladas.

A construção deste relatório inclui a metodologia de análise crítico-reflexiva através de um método narrativo e descritivo de forma específica, o mais detalhada e objetiva possível, das atividades, de forma, a atingir os objetivos e competências definidas pela OE para o enfermeiro especialista e surgiu no âmbito da Unidade Curricular: Estágio e Relatório Final, integrada no Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, ano letivo de 2016/2017.

Em Enfermagem, a busca incessante do conhecimento de forma a promovermos a capacidade multifacetada e a autonomia é uma constante, e por isso, os enfermeiros portugueses são uma referência no contexto europeu, no que diz respeito à qualidade imposta na formação dos mesmos.

É fundamental este percurso no que toca à ação, “a prática constitui um contexto de aprendizagem poderoso, uma vez que coloca em contato com um conjunto de conhecimentos e de informações que lhe são inacessíveis por outra forma” (Fernandes, 2004:120)

Em Portugal as doenças do aparelho circulatório mantêm-se como a primeira causa de morte em ambos os sexos, representando 39% do total de óbitos em 1999. Responsável por cerca de 2% dos gastos em Saúde em toda a UE, quase 24 mil milhões de euros, mas este valor adquire proporções ainda maiores quando se consideram outros fatores, como os gastos relacionados com a perda de produtividade, ascendendo a 50 mil milhões de euros”. (Allender, S., et al, 2007)

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) constitui uma importante “causa de morbilidade e mortalidade, sobretudo ao nível dos países industrializados, e resulta, habitualmente, de um processo progressivo de aterosclerose coronária. Essa patologia constitui uma das apresentações do síndrome coronário agudo (SCA), a qual abarca um espectro de sintomas compatíveis com isquemia aguda do miocárdio e inclui, além do EAM com ou sem supra desnivelamento e a angina instável”. (Kumar, A; et al, 2009) À medida que a população envelhece e as suas co-morbilidades se tornam mais prevalentes, verifica-se um aumento paralelo da incidência do EAM.

Apesar dos avanços recentes no diagnóstico e na terapêutica, a doença cardiovascular aterosclerótica nas suas manifestações clínicas cardíacas representa, ainda hoje, “uma importante causa de recurso aos cuidados médicos de emergência e hospitalização, constituindo uma fonte muito significativa de morbilidade e mortalidade, assim como a sobrecarga a nível económico”. (Kolansky, D; 2009)

A dor torácica é um sintoma comum nos doentes que recorrem ao SU, verificando-se em “cerca de 2 a 5% dos doentes” (Trigo, J, et al. 2008), por isso, trata-se de um desafio clínico diário a melhoria na abordagem destes doentes, abrangendo doenças com um largo espectro de gravidade, desde situações emergentes ou muito urgentes como uma SCA ou uma disseção da aorta, até situações não urgentes como as dores músculo-esqueléticas ou psicogénicas, exigindo por isso uma sensibilidade adequada. A triagem deve ser realizada rapidamente após visualização de alguns exemplos de apresentação clínica dos SCA, tais como: dor torácica localizada ou com irradiação, com variável intensidade, com variada sintomatologia associada com maior ou menor frequência (vómitos e sudorese). Todos os doentes com “história sugestiva de SCA deveriam ser triados pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM) para observação médica emergente ou muito urgente (dentro de 10min) (...) a classificação incorreta pelo

STM dos doentes com SCA nomeadamente com EAMCSST pode atrasar a observação médica e da terapêutica de reperfusão” (Trigo, J. et al 2008), por isto e pela sua importância é pertinente analisar a comunicação realizada entre as equipas que transferem e recebem e cuidam do doente.

O objetivo de analisar a comunicação é procurar dar sentido à vivência em contexto real, em contexto vivido, de forma a compreender as diversas reais situações, dando maior profundidade ao fenómeno da comunicação, contribuindo para a evolução de Enfermagem.

Quando o doente emergente/urgente é introduzido na rede e se espera a sua chegada no SU, espera-se uma transmissão de dados objetiva e clara para que a equipa hospitalar se enquadre rapidamente na situação ocorrida, para que sejam tomadas as medidas específicas e corretas até temporalmente, agora possíveis num contexto intra-hospitalar.

# **PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPE- TÊNCIAS**

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA**

Este capítulo visa a exposição da análise crítico-reflexiva do percurso de estágio, realizado no SU do Hospital de Braga, com duração de 400 horas, de acordo com os objetivos preconizados para a aquisição de competências especializadas de enfermagem no cuidar da PSC com EAMcST, bem como a análise da comunicação clínica.

Durante o nosso ciclo de vida passámos por diversas mudanças, transições que derivam e resultam à posterior em redefinições comportamentais e na construção de novas relações e novos conhecimentos. Este conhecimento transforma-nos, leva-nos a novas conceções de nós próprios.

Meleis, defendia, que os Enfermeiros têm a missão de auxiliar as pessoas a gerir as transições que ocorrem ao longo da vida, ou seja, procurar maximizar os pontos fortes e implementar intervenções que permitam ajudá-las a alcançar níveis ideais de saúde, função, conforto e sensação de bem-estar (Meleis, 2007).

O estágio desenvolvido no Serviço de Urgência também se constituiu num processo de transição para o estudante enfermeiro, tendo sido confrontado com a complexidade do contexto, o medo e a ansiedade, próprios de uma adaptação a uma nova realidade, até então desconhecida, não totalmente, mas em grande parte. Significa que em simultâneo assumia os dois papéis, para além do enfermeiro facilitador do processo de transição saúde/doença pelo qual a pessoa em situação crítica e sua família experienciavam, também assumia o papel do estudante que precisava de apoio ao contexto novo. Este que foi implementado pelo enfermeiro orientador, pelo enfermeiro chefe e por todos os colegas que simultaneamente realizavam o estágio, bem como todos os profissionais daquele serviço que dia após dia ajudaram na concretização e realização desta nova realidade.

Segundo Alarcão & Rua (2005), os estágios clínicos são locais formativos de excelência, permitindo aos alunos o desenvolvimento de capacidade, atitudes e competências, através da interação com situações reais em contextos diferenciados, onde mobilizam, integram e estimulam os conhecimentos obtidos no ensino teórico e prático.

Assim, “os contextos de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na ação)” (Alarcão & Rua, 2005, p.376).

Para o desenvolvimento de qualquer estágio clínico é necessário a definição de objetivos para que estes possam orientar a prática e assim ajudar a selecionar os meios adequados para realizar o trabalho pretendido.

Segundo Haydt (2011), “Em geral, o ser humano age tendo em vista um propósito, isto é, ele é impulsionado para a ação visando a consecução de objetivos. É por isso que se diz que a atividade humana é finalista, ou seja, supõe fins a atingir.

Foram então elaborados os seguintes objetivos específicos, que foram norteadores do estágio desenvolvido e que complementam os objetivos de aprendizagem previamente descritos:

- conhecer e compreender a dinâmica organizativa e funcional do SU;
- desenvolver competências de organização e planeamento de cuidados à pessoa em situação crítica, especialmente a pessoa com síndrome coronário agudo;
- identificar problemas e antecipar a possível ocorrência destes, na pessoa em situação crítica;
- pesquisar meios utilizados pelo serviço, de comunicação clínica, na pessoa com síndrome coronário agudo;
- desenvolver competências no transporte intra-hospitalar do doente crítico em segurança e na ativação da emergência interna;
- participar na preparação, manipulação e realização dos testes aos instrumentos e equipamentos do SU;
- assistir a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença;
- promover a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica;
- acompanhar a pessoa em situação crítica com síndrome coronário agudo desde o pré-hospitalar até à UCIC (com passagens no serviço de urgência e laboratório de hemodinâmica);
- desenvolver competências na área da gestão de cuidados à pessoa em situação crítica e na área de gestão de cuidados relativamente ao SU, acompanhando o enfermeiro responsável durante 2 turnos;
- conhecer o plano de catástrofe do SU e dinamizar a sua resposta, experienciando em pleno simulacro;

É certo, que os serviços de urgências estão diariamente lotados por pessoas que recorrem pelos mais variados motivos, desde situações simples, sem gravidade, até situações clínicas que comprometem a vida das pessoas. É certo que são unidades envoltas de muitas dinâmicas, muitas intervenções e muitos momentos de stress, pelas mais variadíssimas razões e motivos.

Mas, é este cenário, esta energia e esta troca constante de situações que me motivaram e me direcionaram para este “campo de estágio”, pelo qual tive sempre uma paixão e um “chamamento”.

O enfermeiro no SU presta cuidados especializados à pessoa em situação crítica na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, monitoriza, interpreta e estabiliza o estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica, identifica e diagnostica precocemente complicações, respondendo de forma antecipada, apropriada e fundamentada. O enfermeiro do SU deve ter conhecimento prático, técnico e científico para tomar as decisões rápidas e dirigidas, reconhecendo situações que ponham em risco a vida dos doentes.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica define que “os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são 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, 2010, p.1).

Para além de ser um hospital de referência, para além de todas as valências que engloba e para além de toda a missão e promoção de alguns valores, a escolha deste serviço, como parte integrante deste percurso recaiu sobre o fato do mesmo estar inserido numa instituição hospitalar com VVC (Via Verde Coronária) e ser já considerada uma referência a nível nacional. Portanto, um contexto favorável à análise e reflexão crítica da atividade desenvolvida, não deixando de ser igualmente um contexto onde sempre ambicionei ingressar e trabalhar. É fácil entender que a melhoria e bem-estar dos doentes através de cuidados de excelência e qualidade, com equipas profissionais eficientes e humanizadas, são a grande missão do serviço, tal como a promoção da comunicação entre utentes e serviço e entre serviços.

Inerente também ao Hospital em si, a principal missão, isto é, a prestação de cuidados de excelência, baseados numa prática com qualidade, competência, rigor, eficiência e diferenciação; são o pilar fortalecido para promover o princípio da humanização e envolvimento da e com a comunidade. É também um aspeto importante a questão da valorização profissional, através de parcerias com o ensino superior dos vários graus académicos, encontrando-se acreditado pela entidade internacional CHKS (Case Healthcare Knowledge System) e certificação de qualidade ISO 9001:2015.

Quando pensámos num Hospital Central, o serviço de Urgência surge como peça imponente dessa instituição, onde tem como principal missão o atendimento de todos os utentes de acordo com as suas necessidades de cuidados de saúde, decorrente de uma alteração súbita do seu estado de saúde.

Inserido nos Serviços de Urgência Polivalentes – SUP, constitui o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência e emergência, funcionando como um hospital de primeira linha para os demais dos concelhos do mesmo distrito. Tem como objetivo primordial, a observação, tratamento e encaminhamento de doentes de acordo com o sistema de triagem de Manchester, colaborando ativamente na abordagem e tratamento dos doentes emergentes, durante 24h/dia.

Na instituição Hospital de Braga, a teoria de Enfermagem do Cuidar Transpessoal de Jean Watson é a que se destaca, por um lado a intervenção consciente dos cuidados, potencializando a cura e a integridade, não descartando por outro, a ciência convencional ou práticas de enfermagem modernas, para complemento das prévias. O Hospital de Braga rege-se pelos valores, como o Respeito pela Dignidade e Bem-Estar da Pessoa, o Desenvolvimento Humano, a Competência, a Inovação e a Responsabilidade.

As práticas de enfermagem surgem aliadas aos aspetos técnicos inovadores numa simbiose com a prestação de cuidados humanísticos valorizando a empatia como um dos instrumentos fundamentais para a relação entre o profissional de saúde e o utente, dando ênfase à sua magnitude durante o processo de desenvolvimento profissional (Saviato & Leão, 2016). Dá ênfase à consciencialização sobre questões com implicações sobre o que significa cuidar, estar doente e ser cuidado/curado; priorizando a preservação da saúde e procurando meios para proteger, melhorar e preservar a dignidade, a humanidade e a integridade/harmonia interior da pessoa (Silva et al, 2010).

## **2.1. Caracterização do Serviço de Urgência**

O SU localiza-se no piso 1 do Bloco F. O acesso ao SU pode fazer-se, diretamente pelo exterior ou pela Entrada Principal – acesso interno para piso 1 do bloco F. A organização do SU rege-se pelos seguintes princípios básicos: separação da Urgência de Adultos da Urgência Pediátrica (incluindo o processo de triagem); e a utilização da Triagem de Manchester para atribuição de prioridades de atendimento aos doentes que se dirigem ao Serviço de Urgência. O SUHCRN é composto pela Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU) onde está alocada a Unidade AVC, onde são internados os doentes com Acidentes Vasculares Cerebrais.

O SU encontra-se dividido por “postos de trabalho”, tendo em consideração o circuito e tipologia de doentes e de forma a garantir uma prestação de cuidados adequada às necessidades dos doentes: área de triagem de prioridades, sala de emergência, área médica, área cirúrgica/área de trauma, Unidade de Decisão Clínica 1 (UDC1), Unidade de Decisão Clínica 2 (UDC2) e recentemente Unidade de Decisão

Clinica 3 (UDC3) de forma a dar resposta ao aumento de atendimentos de doentes em maca como consequência da pandemia por COVID 19.

Num universo de 110 enfermeiro no serviço de urgência, segundo informação do Enfermeiro Chefe, a equipa é constituída por 36 enfermeiros especialistas em Medico Cirúrgica, 4 especialistas em pediatria, 1 com especialidade pediatria e reabilitação e 9 especialistas em reabilitação, num total de 50 especialistas.

Relativamente ao método de trabalho no SU, é utilizada a metodologia do trabalho à tarefa, uma vez que o tipo de trabalho na maioria dos postos é rotineiro. Com o decorrer do tempo, foi-nos possível conhecer os possíveis circuitos do doente desde a admissão e familiarizarmos - nos com os cuidados de enfermagem prestados em todas as áreas do SU, que passo a descrever sucintamente:

**Área de Triagem:** A área de triagem é constituída por 2 postos, sendo realizada conforme o Sistema de Triagem de Manchester.<sup>[1]</sup> O método da triagem de Manchester consiste em identificar a queixa principal do doente e seguir posteriormente o fluxograma de decisão (no total 52 que podem abranger situações clínicas possíveis). Este sistema visa classificar o utente numa das 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = **vermelho** = 0 minutos; muito urgente = **laranja** = 10 min; urgente = **amarelo** = 60 min; menos urgente = **verde** = 120 min; **não urgente** = **azul** = 240 min), conforme descrito na norma 002/2018 sobre Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata (DGS, 2018). O discriminador utilizado confere a prioridade atribuída. Os enfermeiros que fazem triagem, previamente, são alvo de formação obrigatória e específica na área, uma vez que é necessário assegurar que os doentes mais graves recebem cuidados necessários atempadamente.<sup>[2]</sup> O cumprimento estrito dos critérios previamente definidos pelo Sistema de Triagem permite-lhes orientar o discurso do doente de forma a identificar a queixa mais relevante, garantindo, desta forma, que a triagem seja rigorosa, rápida e que não sejam cometidos erros. No entanto, a mesma norma prevê situações em que a retriagem é necessária, nomeadamente: i) Quando o tempo de espera excede o limite previsto; ii) De acordo com as características da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde; iii) Sempre que a família/acompanhante o solicite (DGS, 2018).

Por constituir um serviço onde a saturação por parte do profissional poderá levar ao lapso ou desvalorização de alguma queixa importante, constitui um posto com rotação, onde habitualmente o turno é repartido, tal situação também está prevista na norma de implementação deste sistema. Para esta validação são realizadas auditorias mensais, onde para além de dar cumprimento legal em termos de qualidade, é também transmitido feedback a cada enfermeiro, sobre os tempos de espera, números

de erro de triagem, números de retriagem de forma a promover a correção do erro, oportunidade de justificação, bem como detetar necessidades de formação. Este método de trabalho verifica-se eficaz, uma vez que promove a procura pelo melhor discriminador para o problema da pessoa, e permite uma constante troca de ideias sobre dúvidas que possam surgir. A triagem de Manchester é considerada uma intervenção complexa importante, uma vez que apesar de discriminadores específicos, existem algumas lacunas, que fazem com que, por vezes, o enfermeiro tenha de optar pelo discriminador mais válido em determinada situação para que o doente seja observado em determinada área, em vez de optar pela principal queixa que o mesmo apresenta. Esta destreza é adquirida com o treino, mas também pela perícia do enfermeiro num determinado estágio do seu desenvolvimento profissional. Este desenvolvimento confere-lhe capacidade para pensar criticamente e tomar a melhor decisão baseada na evidência que se lhe apresenta, relacionando-a com a clínica científica. Contudo, a pandemia veio alterar um sistema de triagem pré-definido, obrigando a seguir orientações readaptadas que suscitavam mais dúvidas que o habitual.

Na triagem o enfermeiro é ainda responsável pela ativação das Vias Verdes (VV), aplicando o respetivo protocolo conforme a tipologia de VV, pressupondo um atendimento urgente e ativação da equipa correspondente (neurologia, no caso das VV AVC, cardiologia, nos casos das VV coronária, medicina interna no caso das vias verdes, *sepsis*, e na VV trauma neurologia/ortopedia/equipa de emergência conforme o tipo de trauma).

**Sala de Emergência (SE):** A SE situa-se na entrada do SU, ao lado da área da triagem, com entrada pelo exterior ou pela área da triagem. Na SE são admitidos diretamente todos os doentes adultos e crianças em situação de emergência, podendo ter várias origens, trazidos pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), pelo Helicóptero de Emergência Médica e pelas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) sendo realizada posteriormente a sua triagem, no caso dos doentes que entram diretamente para a sala de emergência pela entrada principal, já com contato prévio ou com instabilidade à chegada. Por vezes, é o enfermeiro da triagem que deteta a situação de gravidade e ativa a sala de emergência. A sala de emergência é ainda utilizada no caso de doentes transferidos de outros hospitais, já com contato prévio, como que num compasso de espera, para que a equipa avalie o estado do doente e o encaminhe para o local mais adequado. As duas salas de emergência encontram-se equipadas com material de Suporte Avançado de Vida (SAV), com material de trauma para adulto e uma das salas com o material específico para o SAV e o trauma pediátrico, ventiladores de transporte, sistema para aquecimento de soros. A reposição da medicação é assegurada pela farmácia, no entanto, no início do turno o enfermeiro verifica a falha de algum medicamento; A ativação da SE e equipa da Emergência

Interna é realizada por telemóvel utilizando o número 2222. Atualmente estão alocados 2 enfermeiros à sala de emergência de forma a dar cumprimento ao Plano de Contingência em contexto de pandemia. No início do turno, os enfermeiros devem assegurar a preparação e validação/verificação da SE, para que esteja segura e com a prontidão necessária, é por isso, realizada a verificação diária dos desfibrilhadores, com testes diários, a preparação de terapêutica de emergência e soros que estão sempre prontos a utilizar, quer na sala, quer no saco de emergência interna. É muito habitual termos doentes entubados e ventilados na SE, por isso, o teste do ventilador, o funcionamento de rampas de O2 e insufladores são essenciais. Para além disso, devem testar-se os telefones da emergência, verificando baterias e operacionalidade. Verificam-se os carrinhos de apoio, analisando todo o material, de forma a verificar se existe alguma falha, bem como, identificar possíveis mudanças no tipo/marca de material e familiarizar-se com o mesmo, antecipando dificuldades.

**Área médica:** Situa-se perto dos gabinetes médicos, sendo prestados cuidados de enfermagem ao doente do foro médico com prioridade azul, verde, amarela e laranja, que possua autonomia ou capacidade para deambular ou mover-se de cadeira de rodas.

Área cirúrgica/Área de trauma: Situa-se no corredor interno, sendo prestados cuidados de enfermagem ao doente vítima de acidente traumático estável em maca. Esta área é constituída por um espaço amplo e tem à disposição 3 macas, uma zona de preparação de terapêutica com material diverso adequado ao tipo de cuidados, 2 zonas de consulta / observação médica e uma zona para colocação/ remoção de gessos.

Unidade de Decisão Clínica 1 e Unidade de Decisão Clínica 2: A UDC 1 é uma unidade com capacidade instalada de 22 camas / macas, UDC 2 tem capacidade instalada de 16 camas / macas, no entanto é recorrente a utilização do espaço central disponível em ambas as unidades para receber um número mais elevado de utentes. Neste momento com a adequação do plano de contingência face à situação pandémica, a UDC 2 é a unidade onde são alocados todos os doentes com patologia do foro respiratório e a UDC 1 todos os outros utentes em maca que necessitem de cuidados e/ou vigilância. As duas unidades estão equipadas com saídas de O2 e aspiração nas várias unidades de cada doente, carro de emergência com monitor desfibrilhador, 2 balcões para registos, balcão de apoio para preparação de medicação, armários de medicação e de material apoio para tratamento de doentes, equipamentos de apoio à vigilância, como monitores, bombas e seringas para perfusão, assim como aparelhos ventilação não invasiva (VNI). Na UDC 1 existe ainda 1 aparelho para medição de gasometria arterial, cofre para estupefacientes e frigorífico para acondicionamento de medicação em frio. Na UDC1 estão ainda alocadas 2 box exclusivas para receção às Vias Verdes (VV) Coronária e AVC, por esse motivo, nessa

zona, a maca está sempre preparada para que o doente seja imediatamente despido e devidamente monitorizado, com monitor desfibrilhador. As UDC são salas amplas num conceito de *open space*, existem separadores móveis que são usados para separar os doentes entre género ou situações mais frágeis que careçam de maior privacidade.

**Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM):** A Sociedade Europeia de Medicina Intensiva classifica as UCI em três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas, com o nível de cuidados prestados e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Esta classificação permite, que num mesmo hospital possam coexistir diferentes níveis de UCI na mesma unidade hospitalar. Tal classificação é também utilizada cá em Portugal, pela Direção Geral de Saúde. A UCIM deste HCRN é o serviço de onde se encontram doentes graves/críticos com múltiplas patologias de carácter médico ou cirúrgico, que exatamente por serem graves/instáveis não devem estar numa enfermaria geral, uma vez que necessitam de vigilância e monitorização contínuas. Apresenta-se com capacidade instalada de 8 unidades mais 1 de isolamento. A disposição das vagas é em função do tipo de patologia. Neste momento a unidade AVC está integrada neste serviço, com 5 unidades reservadas à neurologia e as restantes 3 vagas alocadas à medicina/ cirurgia. Esta unidade apresenta-se em conceito *open space*, com cortinas a delimitar o espaço entre as unidades, favorecendo a privacidade dos doentes. As unidades estão dispostas de forma circular, com o balcão de enfermagem e clínico na zona central, permitindo a vigilância dos doentes. Para além disso a maioria dos doentes está sob monitorização contínua, com transmissão central de dados para um dos computadores do balcão de enfermagem. Possui um balcão de apoio, (para preparação de medicação), cofre para estupefacientes, armários de medicação, armário aquecedor de toalhetes destinados a higiene, 3 armários com material para apoio ao tratamento dos doentes, 2 carros de apoio ao tratamento dos doentes, carro de emergência com monitor/ desfibrilhador e 2 balcões centrais com computadores para registos.

Quanto aos **Recursos Humanos**, o número de enfermeiros escalados para o Serviço de Urgência, onde se inclui Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU) é de 15 para os turnos de dia e 13 para o turno da noite, enquanto o número de Assistentes Operacionais (AO) é de 11 para ambos os turnos. Como descrito no manual do Serviço de Urgência, cabe ao Enfermeiro responsável de turno a execução do plano de trabalho para o respetivo, bem como a organização e antecipação de materiais consumíveis e farmacológicos essenciais ao serviço.

## **2. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS**

Preconizado pela Ordem dos Enfermeiros na definição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista no Regulamento nº140/2019, a realização deste estágio veio consolidar a aquisição de capacidades e desenvolvimento de competências especializadas no cuidar do doente crítico, que ao longo dos tempos, tem sido uma área atuação com crescente desenvolvimento e progressividade tecnológica. A adaptação constante dos profissionais de saúde é essencial, é inevitável o investimento na sua formação profissional para o desenvolvimento de competências, é fulcral a sua contribuição para a fomentação dos cuidados baseados nas mais recentes evidências, convertendo-se em implicações diretas na melhoria dos cuidados de enfermagem.

O estágio clínico constitui um momento de observação e intervenção no contexto dos serviços de saúde, com o intuito de promover o desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005).

O “enfermeiro especialista” tem necessariamente de possuir cuidados enfermagem especializados, só assim é conseguida a diferenciação e especialização individual, só assim a sua capacidade reflexiva e crítica contínua é o alavancar da implementação e incrementação de procedimentos técnicos e científicos específicos, incorporados para a sua área de atuação. A pessoa em situação crítica precisa da capacidade de tomada de decisão do especialista, precisa da sua dinamização, precisa da maximização e intervenção do enfermeiro especialista. É com o estágio, é com a busca incessante e constante de novas competências, é com a prática clínica, que evoluímos no sentido de evidenciar o crescimento alcançado, que nos redescobrimos e nos redefinimos.

Apesar de algumas das experiências constituírem uma prática diária nos locais de trabalho, a especificidade e complexidade de alguns cuidados implicam uma reflexão interior e um estudo contínuo para que o desenvolvimento ocorra e o ponto de partida para os cuidados especializados seja foco central. Sempre foi uma ambição trabalhar e desenvolver a minha atividade num serviço de Urgência e este estágio permitiu-me crescer ainda mais nesse campo e criou oportunidades únicas, aproveitadas em pleno. O cenário, os sons, o ambiente repleto de inúmeras especialidades, a linguagem complexa, os diversos equipamentos e a importante diferenciação dos elementos que compõem a equipa foram o motor para fazer crescer ainda mais o meu interesse e desejo de trabalhar num sítio assim. Claro que inicialmente, o receio de não corresponder às expectativas exigidas estava presente, era inevitável, mas a conjuntura e com toda a força e motivação que possuía foram importantes para concretizar esta etapa. Fazendo uma analogia ao descrito por Benner (2001), no modelo de desenvolvimento de competências, onde a autora classifica o desenvolvimento do enfermeiro em cinco estádios de desenvolvimento, de

iniciado a perito, defendendo que todos os enfermeiros, independentemente dos anos de trabalho e experiência existente, ao integrar um serviço novo onde não conhecem nem a tipologia de doentes nem rotinas, situam-se no estágio de iniciado. Era então assim, na minha perspetiva, o meu sentimento no início do estágio, relacionado com a diferente casuística. A reflexão foi uma das melhores armas, queria mesmo atingir outro patamar de conhecimentos e autonomia. A pesquisa das mais recentes evidências, a análise exaustiva das situações em que me deparava, o querer fazer e treinar, foram outras armas, para atingir, da forma mais assertiva possível a ação. Era importante, durante este “desafio” a procura incessante de oportunidades e a reflexão conjunta com o tutor/orientador do estágio, um suporte importante para nos levar à discussão e crescimento pessoal. É importante, logicamente, sermos “acompanhados” por alguém com a seriedade e desejo de cultivar em nós uma aprendizagem construtiva, inteligente e de forma quase natural.

### **2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

Este estágio desenvolveu-se tendo por base dois regulamentos que são o complemento um do outro: o Regulamento no 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento no 429/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Durante o estágio foram disponibilizadas ferramentas que permitiram adquirir e desenvolver competências do âmbito de MPESC.

Para Le Boterf (2003), a competência é um saber agir profissionalmente responsável. A competência situa-se em três grandes eixos formados: pela pessoa, pela formação e pela experiência profissional. Segundo o mesmo autor, a competência só pode ser competência em situação, a que é colocada no ato. Sapeta (2013), por seu lado, faz uma pequena revisão teórica sobre o conceito de competência e conclui que: "o estatuto de competente não é um estado, é um processo em contínua construção". Não podemos deixar de concordar, pois na realidade as competências vão-se adquirindo ao longo da vida profissional. Assim sendo e tendo como ponto de partida que este estágio do MEPSC tem como suporte favorecer e possibilitar a aquisição e desenvolvimento de competências, nos parágrafos que se seguem pretendemos realizar uma análise crítico-reflexiva e criativa das competências desenvolvidas e adquiridas no contexto do ensino clínico.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, através do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências comuns são “(...) 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,2019:4745). Estas competências estão organizadas por domínios de competências: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE,2019:4745, art.o 4o)

### **Responsabilidade profissional, ética e legal**

Este domínio reporta-nos para as competências:

1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (Diário da República, 2.<sup>a</sup> série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, art.5º)

Ao longo de todo o percurso profissional o enfermeiro vai desenvolvendo as suas capacidades de tomada de decisão e na sua prática diária são confrontados com situações éticas com decisões complexas, decisões essas que devem ser fundamentadas, refletidas e baseadas em princípios e valores éticos para assim respeitar os direitos humanos, privacidade, dignidade e garantindo a segurança dos utentes. Segundo Nunes (2006) “tomamos decisões no sentido de um agir que responda às necessidades das pessoas – por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela não se renuncia. Mais a percebemos como realidade a que não é possível escapar”.

No decorrer do estágio no SU e como integrante dos objetivos deste estágio, estava a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, principalmente o doente com síndrome coronário agudo e por isso, a oportunidade de fazer turno na Sala de Emergência ou nas UDC's, permitia, com mais possibilidade, ter contato e “seguir” todo o percurso do doente desde o pré-hospital à urgência hospitalar e posteriormente às unidades de internamento. Conforme o grau de gravidade, a sala de emergência é e deve ser ativada, por isso, a necessidade absoluta da preparação minuciosa da mesma, para que aquando da receção do doente, tudo esteja conforme e prontamente eficaz.

Segundo as recomendações técnicas para a Sala de Emergência (ACSS, 2019), esta “*estabelece a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, constituindo por esse motivo o local, mais apropriado para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico, tendo em conta a gravidade do estado que apresenta ou, da possível descompensação de funções vitais que possam colocar a vida em risco.*”

A equipa tem de ser polivalente, experiente e conhecedora dos processos de abordagem ao doente crítico. O processo do alerta envolve, como em tudo, diversas ações a realizar, que quando em consonância e paralelidade, melhoram bastante os circuitos e a brevidade/clareza das ações. Quando somos alertados da possível chegada do doente crítico, podemos, de forma organizada, preparar os equipamentos, contactar equipas, efetuar respetivos testes de verificação e atribuição de papéis e áreas de atuação. Entretanto orientar o assistente operacional (alguém já com experiência de trabalho na sala de emergência – conhecedor dos possíveis destinos do doente crítico, nomeadamente, para exames complementares de diagnóstico, como o TAC e RX, sala de Trombectomia, Laboratório de Hemodinâmica e/ou Bloco Operatório).

Os enfermeiros, normalmente alocados à Sala de Emergência, são sobretudo enfermeiros especialistas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, apesar de que em alguns momentos e dias isso não era possível, pelo que a escolha, deveria recair sobre o elemento com mais experiência na área. É um local assumidamente do doente crítico, por isso, tem de ser foco primordial do enfermeiro designado para a função, não pode subsistir a dúvida e a ação necessária, em tempo útil e coordenado com o pensamento crítico e reflexivo.

Perfeitamente natural, que numa primeira fase tenha dado ênfase à observação e visualização dos métodos de trabalho dos enfermeiros mais experientes, à consulta dos diversos protocolos do serviço e as especificidades de cada, bem como à interiorização de conhecimentos. Foi, classicamente notório, que a atuação do enfermeiro especialista, não se pode pautar meramente por uma atuação segura, tem de mostrar uma atuação treinada na execução, tem de ser hábil no relacionamento interpessoal e dentro da equipa ser um elemento fulcral, possuir os evidentes conhecimentos sobre a instituição onde está inserido, bem como, dos procedimentos em vigor. Especialmente na sala de emergência sentiu-se a necessidade de mais competências na abordagem ao doente em situação crítica, avaliação da eficácia das intervenções realizadas assim como a partilha de conhecimentos que fundamentam a tomada de decisão. Essa tomada de decisão geralmente fez-se em equipa tendo sempre por base os valores éticos e deontológicos dos utentes. Na abordagem do doente crítico, por exemplo em Suporte Avançado de Vida (SAV) a atuação foi de acordo com os algoritmos e as *guidelines*, onde as decisões estão já definidas em concordância de peritos, que exigem o seguimento de uma linha condutora de raciocínio que vai permitir uma decisão rápida, com diminuição de riscos e aumentando assim o sucesso dos cuidados prestados.

O código deontológico do enfermeiro defende que “Intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação, da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem assegurar, a igualdade, a

verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Ainda neste domínio, a abordagem ao utente foi efetuada de forma a manter uma boa relação, respeitando os seus direitos, a sua privacidade, dignidade e sem discriminação. Prestando assim cuidados de qualidade de uma forma informada e esclarecida para que o utente tomasse uma decisão consciente do que era melhor para si, através do consentimento informado. Nas situações em que o utente não tem capacidades de decisão e não é possível obter um consentimento informado, recorre-se ao consentimento presumido, respeitando a inerência dos princípios da beneficência e não maleficência, estando enraizada a promoção da vida.

No estágio procuramos a excelência de cuidados prestados baseadas em evidências científicas com dedicação, responsabilidade e nunca descurando a inserção da família em todo o processo clínico do utente.

### **Melhoria contínua da qualidade**

Este domínio reporta-nos para as competências:

1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua;
3. Garante um ambiente terapêutico e seguro. (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, art.6º)

Nas instituições de saúde a temática da qualidade dos cuidados de saúde é omnipresente no seu quotidiano, pois existe uma preocupação de delinear estratégias com o intuito de minimizar danos. Existem programas de controlo da qualidade para avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente que se encontram em constante desenvolvimento.

O código deontológico dos enfermeiros refere que, o enfermeiro tem como dever a prestação de cuidados com qualidade e de excelência no seu exercício profissional. Assim como determina que o enfermeiro “deverá analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” Ordem dos enfermeiros (2015, p. 91).

Durante o estágio constatamos que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde assentam em normas e protocolos que facilitam a sua prestação diária, diminuindo o tempo de realização de determinada tarefa assim como contribui para um aumento de qualidade de cuidados. Para além de normas e protocolos existiam outros mecanismos facilitadores na nossa prestação de cuidados,

nomeadamente a existência de um armário na SE que contem alguns kits previamente preparados com todo o material necessário para a realização de entubação orotraqueal de urgência (EOT), colocação de Linha arterial (LA), Cateter Venoso Central (CVC), Dreno Torácico (DT), colocação de Pacemaker, Pericardiocentese e kit para Queimados.

A abordagem da pessoa em situação crítica na Sala de Emergência é um bom exemplo disso, os cuidados prestados assentam em normas e protocolos, como referido anteriormente, necessárias e fundamentais para o melhor *outcome* possível do doente.

De acordo com o Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM (2020), a abordagem ABCDE, é uma ferramenta de avaliação transversal, a ser utilizada na avaliação do doente, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com as prioridades estabelecidas pelo ABCDE. Praticamente todos os elementos da equipa se identificam com esta avaliação, uma vez que constitui uma linguagem comum e para além disso, permite uma identificação de focos de instabilidade de forma precoce, promovendo a antecipação dos mesmos e a atuação necessária. É o caminho para a uniformização de linguagem e de procedimentos.

A avaliação/metodologia ABCDE consiste em:

A – VIA AÉREA, COM CONTROLO DA CERVICAL

B – VENTILAÇÃO/OXIGENAÇÃO

C – CIRCULAÇÃO COM CONTROLO DE HEMORRAGIAS

D – DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

E – EXPOSIÇÃO COM CONTROLO TEMPERATURA

Claro que, esta metodologia não pode estar assim tão simplificada, há realmente aspetos inerentes a cada letra da metodologia que devem ser escrutinados durante a abordagem. Quase ao mesmo tempo, deve estar assegurada a administração de terapêutica, fluidoterapia, bem como a importante articulação com os outros serviços, nomeadamente, os meios complementares de diagnóstico importantes.

A incorporação, o treino e a reflexão têm de ser constituintes na nossa abordagem. A persistência no treino tem de ser “chata”, pela elevação do estado de aperfeiçoamento da arte.

A realização desta atividade vai de encontro com o exercício profissional de excelência permanente por parte do Enfermeiro Especialista (EE), no que diz respeito á existência de um sistema de melhoria continua da qualidade de cuidados prestados no exercício profissional especializado. E segundo o regulamento no361/205 de 26 de junho da OE, os Padrões de qualidade dos cuidados especializados em EPSC, referem a “(...) existência de uma política de formação continua dos enfermeiros especialistas

promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada;” e também “(...) Revisão de guias de boas praticas no domínio da pessoa em situação critica;”

Ainda neste domínio e para garantir um ambiente terapêutico e seguro, neste contexto de estágio, existe um programa de registos de incidentes disponível na Intranet do Hospital de Braga, onde os profissionais de saúde podem e devem registar todo e qualquer incidente que ocorra no serviço, por exemplo erros de medicação, quedas e entre outros.

E como não podíamos deixar de referir ainda neste domínio, a realização dos registos de enfermagem são um fator de destaque, foram efetuados em suporte informático no SU e na SE como já referido anteriormente efetuados também em formato papel implementado pela Equipa de Emergência, para complementar os registos, consequentemente diminuição de ocorrências de erro e salvaguarda a proteção de dados dos utentes.

### **Gestão dos cuidados**

Relativamente a este domínio, o enfermeiro especialista em EMC tem papel preponderante e ativo na gestão dos cuidados, na melhoria progressiva e na otimização da resposta de enfermagem e seus colaboradores no que toca à adequação dos recursos às necessidades, tendo em vista a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº140, 2019).

Assim, durante o meu estágio, tentei participar na gestão e organização do serviço, no que toca aos recursos humanos e materiais, tendo sempre como objetivo a otimização da qualidade e segurança nos cuidados. Efetuei durante este estágio um turno com a chefe de equipa, que se torna fulcral, para expansão e conhecimento deste domínio do Enfermeiro Especialista, onde temos que, de forma a melhorar as relações entre a equipa e os outros parceiros institucionais, adotar e adequar os estilos de liderança.

A Urgência é um serviço de elevada complexidade pelas suas dimensões e sua orgânica, bem como as atividades e diversas equipas que lá desenvolvem as suas competências e o seu trabalho. E nesta posição de chefe equipa, essa perceção fica mais clara, é mais fácil verificarmos as responsabilidades e atividades desenvolvidas para garantir o bom funcionamento do serviço, o Enfermeiro Chefe é auxiliado por oito chefes de equipa, especialistas em Médico-Cirúrgica, que garantem a gestão dos diferentes sectores. No turno noturno, para além da orgânica e dinâmica do SU, este chefe equipa assume papel importante na responsabilidade de gerir todos os serviços do hospital, nomeadamente e principalmente nas admissões e altas, garantindo um fluxo adequado e altamente necessário de doentes, por forma a proporcionar ocupações normais e não prolongadas no SU. Uma problemática com contornos nacionais

e que se debate todos os anos, pois o fluxo muitas das vezes é caótico e por isso a complexidade e responsabilidade deste papel do chefe equipa. Quando este fluxo está aumentado e quando a saída dos doentes internados não é possível, ou por falta de condições clínicas, ou por falta de resposta social ou por agendamento de intervenções, os turnos e a sua dinâmica torna-se mais stressante e desafiante, é, sem sombra de dúvidas, importante saber gerir conflitos e o stress de forma eficaz, calma e segura, Quanto à metodologia de trabalho no SU, o modelo de organização para a prestação de cuidados transforma-se e torna-se muito funcional, existe um plano de trabalho de enfermagem para cada e respetivo turno, onde o chefe equipa tem a responsabilidade da distribuição dos enfermeiros pelos diferentes sectores, que conforme a sua posição assumem o seu papel de líder, garantindo assim, sempre um *teamleader* por setor.

Como já falado previamente, existe ainda o posto de triagem, isto é, a “porta de entrada” do SU e respetivo hospital. São defendidas algumas ideias e ideais para este posto, onde por uma questão de rápido desgaste mental e físico, o enfermeiro não é aconselhado ou não deve desenvolver o seu trabalho neste posto mais do que as 6 horas, por isso, mais uma vez, o chefe de equipa tem de ter isso em conta e gerir cada turno para com que isso aconteça, mobilizando e readaptando funções.

A compreensão da importância da liderança e gestão dos recursos humanos e materiais na melhoria da qualidade e segurança dos ambientes da prática de enfermagem foi conseguida, com a aquisição de competências especializadas nesses domínios. Para além do previamente descrito, foi fundamental conseguir identificar os diferentes papéis e funções dos diversos elementos e a necessidade de conseguir proporcionar um ambiente positivo e favorável para o trabalho de equipa e para a resolução de conflitos, importante num ambiente tão complexo e com uma dinâmica muito especial.

### **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Durante o meu estágio procurei desenvolver a autorreflexão, de modo a reconhecer as minhas próprias limitações, tanto em termos pessoais como em termos profissionais, por isso, procurei compreender, como estas podiam afetar a minha relação com o utente e a minha prestação de cuidados ao mesmo. A consciencialização de que estas limitações podem perturbar a nossa relação com o doente é importante, pois numa fase inicial a aquisição de capacidades é preponderante.

A manutenção desta autorreflexão durante o estágio é necessária, temos de correr atrás das capacidades nas áreas do autocontrolo, tanto das emoções como na capacidade de lidar com situações de stress e pressão, tão comuns num Serviço de Urgência; “a autorreflexão, a tomada de consciência das diferentes estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação pelos outros permite-nos

descobrir bastante bem quem somos nós, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos” (Phaneuf, 2005).

Para tudo isto e durante o estágio, foram fundamentais as ricas e longas reuniões com o enfermeiro Tutor, que como disse previamente, também era um entusiasta da área de emergência, o que nos permitiu desenvolver laços importantes e duradouros; para além disso o autoconhecimento e o estudo diário sobre as temáticas orientadas para a emergência e situações agudas e críticas mais habituais num SU foram também bastante enriquecedoras. Houve necessidade de fazer uma análise diagnóstica, um planeamento prévio e uma avaliação das necessidades de autoformação para conseguir contribuir e desenvolver a minha atividade enquanto enfermeiro especialista, para de certa forma atingir os níveis dos pares e diversos colaboradores, promovendo sempre uma prática de enfermagem baseada na evidência. A pesquisa foi constante, o que me permitiu mobilizar e enriquecer os meus conhecimentos, para poder prestar cuidados a doentes, por exemplo, em paragem cardiorrespiratória, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e não invasiva; politraumatizados; em doentes com SCA, em doentes com AVC, em doentes agudos do foro respiratório, em doentes com alterações metabólicas graves, enfim, inúmeras situações, em que o *know how* torna-se fundamental. A conduta adotada, as mudanças realizadas, o progresso e a qualidade dos cuidados prestados fizeram com que concluísse que esta competência foi atingida. O feedback vindo de toda a equipa multidisciplinar foi igualmente motivador e desafiante. “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação, que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (OE, 2015)

## **2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**

Face aos novos desafios, o investimento na especialização dos prestadores de cuidados de saúde aumentou consideravelmente devido à necessidade de os dotar de conhecimentos acrescidos, com o intuito de aumentar a produtividade em melhores cuidados de saúde prestados. A exigência de diferenciação e especialização nos cuidados de saúde, nomeadamente nos cuidados de enfermagem apresentam uma posição de grande destaque, pois segundo a ordem dos enfermeiros através do regulamento nº 140/2019, de 6 fevereiro, as competências específicas do enfermeiro especialista “são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”. (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, art.3º).

Em relação às competências específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, estão descritas no regulamento no 429/2018, e os cuidados prestados são “(...) 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”.

Lopes et al. (2018), refere que a prática especializada influencia qualidade dos serviços de saúde prestados de uma forma positiva e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Ainda de acordo com a ordem dos enfermeiros as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem da PSC são as seguintes: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a 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. (Regulamento 429/2018, de 16 de julho de 2018).

Segue-se agora uma reflexão crítica referente às competências supracitadas adquiridas no decorrer do estágio realizado.

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

O papel do enfermeiro especialista numa unidade de decisão clínica (UDC), é crucial, no contexto, até pela necessidade da deteção e prevenção dos focos de instabilidade, na medida em que dentro de uma sala se encontram, por vezes, demasiados doentes sob vigilância de poucos enfermeiros alocados ao posto. A sua postura, o seu conhecimento, a perícia e desenvoltura profissional e as capacidades de liderança têm de encabeçar as prioridades.

A gestão de terapêutica no SU e principalmente na Sala de Emergência, constitui também um dos focos fundamentais e específicos, que nos obriga, de certa forma, a um estudo pormenorizado, atualizado e contínuo sobre a terapêutica específica, nomeadamente os sedativos, curarizantes, analgésicos, aminas, anestésicos e outros. De início, a insegurança, o desconhecimento e a falta do manuseamento, reinavam, mas claro que, a evolução foi visível e clara, graças ao esforço, muitas vezes em parceria com o tutor, que nos ajudou a entender significativamente melhor esta gestão, que, em situações de stress, em situações de emergência, é preciso “dominar”. O controlo da dor ou a focalização do 5º sinal vital, numa primeira fase de “integração” ao estágio, passa-nos facilmente ao lado, mas desenvolve-se paralelamente

ao nosso desenvolvimento, torna-nos mais capazes de identificar situações em que a escalada terapêutica analgésica é inevitável, é imperativo esgotar as medidas de alívio não farmacológicas para passar à administração de fármacos. O controlo da dor é uma responsabilidade profissional, dado que influencia diretamente a condição do doente, bem como a relação enfermeiro/doente, sendo crucial a atuação do enfermeiro especialista no sentido da minimização e do impacto da dor no seu bem-estar físico e psíquico. Ora, torna-se difícil, em alguns momentos, que o doente emergente manifeste o desconforto, por vezes, justificado pelo estado de consciência ou outras; o enfermeiro é um importante vigilante, isto é, adequa recursos para transferências, mobilizações, imobilizações (removendo logo que possível); monitoriza e está alertado para os sinais de dor (gemidos, aumento da frequência respiratória, inquietude no leito/maca), comunica e prevê as intervenções ao doente e institui a terapêutica após a decisão médica.

A comunicação e o desenvolvimento de competências nessa área traduzem-se em benefícios para o doente na medida em que se sente melhor “acolhido”, bem como na melhoria do trabalho de equipa. É previsto que o doente emergente da Sala de Emergência (SE) e não só, tenham a necessidade de serem “transportados”, quer para realização de exames complementares de diagnóstico, quer para unidades de cuidados intensivos/intermédios, quer para outras unidades hospitalares. O transporte da Pessoa em Situação Crítica, representa sempre um momento gerador de instabilidade, por isso, o enfermeiro especialista deve pressupor e prever as intervenções necessárias que visam garantir a segurança e a estabilidade necessária de todos estes processos. São três as etapas fundamentais: decisão, planeamento e efetivação (OM & SPCI, 2008).

A decisão da transferência e a ponderação dos riscos/benefícios, consiste num ato médico, pelo risco clínico associado à deslocação. A preconização do algoritmo de decisão é importante, tanto num transporte primário como no caso do transporte secundária, de forma a planear todo o processo, bem como os recursos e ferramentas necessárias para o momento. Estas condições específicas são pensadas e materializadas pelo enfermeiro especialista, a segurança tem de ser uma constante, tal como a previsão dos focos de instabilidade. Durante o longo estágio, tive várias oportunidades de ajudar no planeamento e preparação do material necessário para o transporte do doente crítico. É importante prevermos o material a utilizar, terapêutica necessária, os sacos de transporte, o equipamento de ventilação, o cálculo das previsões dos gastos com o Oxigénio, o percurso, entre outras.

Num ambiente em que a linha entre a vida e a morte é tão ténue, como na Sala de Emergência, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos e estratégias facilitadoras dos cuidados humanizados ao doente e à família, principalmente quando a “morte” é o desfecho. A dignificação do

momento, a gestão dos processos de luto e a humanização dos cuidados de fim de vida têm de ser habilidades do enfermeiro especialista. O desenvolvimento destas competências esteve presente neste estágio, perante os óbitos ocorridos quer na Sala de Emergência, quer em outras unidades e nos doentes em morte cerebral, possíveis dadores de órgãos – este diagnóstico requer procedimentos específicos médicos, mas o enfermeiro especialista assume um papel importante na manutenção e respeito pelo corpo e pela pessoa, ao agir em conformidade com responsabilidade ética e legal, adotando sempre estratégias que salvaguardem a segurança, privacidade e dignidade da mesma.

A prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente, que só é possível se houver comunicação. Não perdendo de vista o lema do serviço, “comunicar é melhorar” e de acordo com Phaneuf (2005), a comunicação é assim um processo complexo, sendo uma tentativa de criar um laço de reciprocidade entre duas pessoas. Neste sentido, a comunicação torna-se de facto, um instrumento básico, uma perícia indispensável ao desempenho profissional, um importante veículo para o estabelecimento de uma relação terapêutica. São de facto os pormenores que fazem a qualidade dos cuidados, e foi isso mesmo que tive oportunidade de experienciar, uma equipa de enfermagem que, apesar de jovem, esteve sempre disponível na relação com o doente; profissionais de saúde capazes de estar com, de entender, de trocar o que têm de melhor em si, sempre com um sorriso, um gesto de conforto, o toque, uma autenticidade indisfarçável e contagiante até, surpreendentemente inabalável perante um cenário permanente de rutura, constantemente sobrelotado, francamente exigente, mas com enfermeiros sempre disponíveis e empenhados no sentido de proporcionarem um cuidado ainda mais autêntico.

Na procura da excelência profissional desenvolvi competências tendo em vista a satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, onde, e tendo em conta os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem especializados em enfermagem em PSC, a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica (Regulamento no361/2015, de 26 de junho) assume importância relevante.

De facto, os enfermeiros assumem um papel fundamental no envolvimento da família, procurando potenciar na mesma a reorganização e adaptação familiar, proporcionando o máximo de bem-estar em ambos naquele específico momento, bem como, a médio e longo prazo (Carvalhido, 2014). Desta forma, foi possível desmistificar alguns pensamentos e verificar que alienada à tecnicidade encontramos seres humanos únicos, procurando através da linguagem verbal e não-verbal, do toque afetivo, da expressão do olhar, do uso de um tom de voz acolhedor e empático, bem como, do uso do silêncio ajudar a família,

ou mesmo o doente independentemente do seu estado de consciência, a experienciar aquela situação. Também a adequação do discurso, de forma que esta compreendesse e minimizasse a angústia e o medo.

Sem dúvida, que são destas experiências que retirámos muito dos ensinamentos, os enfermeiros sempre cuidaram de indivíduos, de famílias e comunidades que experienciaram mudanças desencadeadoras de novos papéis e novas realidades, traduzidas num processo de transição que pode ser curto ou longo. O conhecimento sobre o cuidado da pessoa em transição, permite aos enfermeiros responder às suas necessidades adaptativas (Meleis, 2010). O foco de intervenção nas respostas adaptativas ou transicionais, intervindo na transição junto do doente e da família que vivem esta mesma transição. A nossa estrutura mental deve ser forte, pois nem sempre é fácil nos sentirmos emocionalmente controlados, o doseamento da informação partilhada ou a partilhar, principalmente na comunicação não verbal, que transmitimos. Ficamos particularmente sensíveis aos casos de insucesso, com a morte no pano de fundo, ou com sequelas importantes e irreversíveis, o que reflete a importância do papel do enfermeiro especialista no que toca à capacidade de liderança e de assertividade perante o doente e família, proporcionando um apoio nesta transição.

Os cuidados à pessoa em situação crítica, bem como a assistência à sua família, requerem, portanto, um elevado grau de complexidade nos cuidados de uma forma integral, que compreende uma vasta área de conhecimentos, apreendidos e complementados com a experiência adquirida no contexto. Os casos são muito individuais, cada um preconiza momentos de aprendizagem, partilha e o consequente desenvolvimento da nossa capacidade de resposta aos mesmos – transforma-nos.

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

O enfermeiro especialista para além dos outros focos, tem como objetivo, ser o dinamizador das respostas em situações de emergência, de exceção e catástrofe, da sua conceção à ação. Estas situações, como a descrição relata, são acontecimentos que colocam a pessoa em risco de vida imediato, o que pressupõe a ação igualmente imediata, organizada e sistematizada, característica do enfermeiro especialista. Já as situações de exceção dizem respeito a acontecimentos (que por algum motive alheio à dinâmica habitual) gravosos em que existe um presente desequilíbrio de forças reais e necessidades reais, sendo por isso necessária a gestão ponderada dos recursos humanos e técnicos, para conseguirmos dar a melhor resposta possível.

A situação de catástrofe é “um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida (...) em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018).

Foi possível, durante o estágio, colocar em prática o plano de catástrofe do SU, num simulacro em que participei enquanto membro das equipas do pré-hospitalar, num cenário de acidente em local de trabalho resultando daí quase uma dezena de feridos, com diferentes gravidades, no que toca à condição clínica. Consegui acompanhar o desenrolar de toda a situação desde o acontecimento até à abordagem da respetiva situação de catástrofe ao nível intra-hospitalar, onde o enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica desempenha um papel fulcral em todo o processo de planeamento, coordenação e gestão do procedimento. Assume-se como um líder detentor de competências que lhe permite delinear prioridades; sistematizar ações a desenvolver; avaliar a eficiência da equipa; implementar medidas corretivas devidamente fundamentadas, no decorrer da situação, bem como, no rescaldo da mesma. Importante, também conhecer o Plano Distrital e Nacional para a catástrofe ou emergência, iniciando a sua intervenção aquando da conceção de planos estratégicos de atuação perante situações de emergência e/ou catástrofe da instituição, demonstrando capacidade para difundir o mesmo, bem como treinar todos os elementos constituintes da equipa envolvida.

O objetivo primordial neste tipo de situações, consiste em salvar o máximo de vidas possível, tendo em conta as suas probabilidades de sobrevivência, num contexto com recursos limitados. As alterações necessárias da dinâmica do serviço e as pontes necessárias entre os responsáveis de outros serviços é fundamental, o especialista tem de ser conhecedor de toda a estrutura física do serviço e hospital, bem como dos planos de resposta ativos.

O Ministério da Administração Interna, neste momento, é quem detém a responsabilidade da elaboração dos Planos de Catástrofe a nível Distrital, encontrando-se uma relação forte e importante na intervenção destes casos, por parte das equipas do INEM e Hospitalares.

Conseguimos colocar em prática e consultar a informação que diz respeito a esta temática, verificámos o local próprio do material a usar no caso de ativação do Plano de Catástrofe (armário próprio na triagem) – sequenciação das normativas de segurança, realização de triagem primária e secundária, diagnóstico de crime nas vítimas ou meio envolvente, salvaguardando-os e reconhecendo irregularidades, bem como, o seu encaminhamento para as entidades competentes.

Está bastante completo e sistematizado o Manual do Plano de Catástrofe do Hospital de Braga, percebe-se que dão especial atenção à constante formação dos profissionais envolvidos e à difusão deste plano, tanto interna como externamente, para que a sua operacionalização seja bem-sucedida.

Para atuar perante esses vários tipos de emergência e em particular nos de incêndio, as ações desenvolvem-se em três níveis de alerta:

**Nível 1** - Incidente, anomalia ou suspeita que pelas suas dimensões ou confinamento, não constitui uma ameaça para além da área ou local onde foi produzida.

**Nível 2** - Acidente que pode evoluir para situação de emergência se não for levada a cabo uma ação corretiva imediata, mantendo-se, contudo, a empresa em funcionamento.

**Nível 3** - Acidente grave ou catastrófico, descontrolado ou de difícil controlo que originou ou pode originar danos pessoais, materiais ou ambientais. Requer ação corretiva imediata para recuperação do controlo e minimização das suas consequências.

A operacionalização passa por adequar ao cenário, os recursos humanos, a capacidade hospitalar, a autonomia dos serviços, os recursos técnicos, os sistemas de comunicação e os meios de transporte.

**Tabela 1** - Composição do Armário Catástrofe (situado na triagem)

ITEM	MATERIAL	QUANT.
1	Guias dos Coordenadores (Clínico, Recursos Humanos e Materiais, Logística, Comunicações, Emergência Interna).	6
2	Lista de contatos.	2
3	Placares para identificação de ÁREAS:	
	Vermelho	2
	Amarelo	2
	Verde	2
4	Preto	1
	Kits numerados de 1 a 100, em saco transparente, cada um composto por:	
	- 1 Pulseira de cada cor (vermelha, amarela, verde e preta), numerada de acordo com o Kit;	
	- Folha com 100 autocolantes, previamente numerados de acordo com o Kit;	
- 1 Processo sumário previamente numerado de acordo com o Kit ( ficha urgência e ficha de catástrofe);	100	
- 1 Conjunto de tubos para colheita de sangue previamente numerados de acordo com o Kit;		
- Bolsa para recolha de espólio, numerada de acordo com o Kit.		
5	- Folhas de registo utilizadas no Plano de Catástrofe:	
	Registo de Ativação (modelo n.º 1)	2
	Registo de "Triagem Primária – Identificação" (modelo n.º 3)	Para 100 doentes
	Registo de intervenções dos Coordenadores (modelo n.º 4)	10
	Marcadores de grande fixação (tinta preta)	4
	Poster Triagem de Catástrofe (modelo n.º 2)	2
6	Sacos para Cadáveres	20
7	Placa com os dizeres: "Hospital ativou Plano de Catástrofe. Sugere-se às não vítimas da catástrofe a possibilidade de se dirigirem a outras unidades de saúde. Obrigado"	2
8	Crachás para identificação dos Coordenadores do Gabinete de Crise	5
9	Exemplares do Plano de Catástrofe	4

O plano de Catástrofe deve ser divulgado a todos os serviços, responsabilidade dos chefes de equipa, através de cópia controlada à Comissão Executiva; diretores de serviço, enfermeiros chefes, técnicos coordenadores, responsáveis de serviços e chefes de equipa. Estes devem promover reuniões internas para a conveniente divulgação do Plano. A todos os outros profissionais o plano será dado a conhecer através da plataforma de gestão documental do sistema de qualidade (intranet) e nas ações de formação de atualização. Devem ser calendarizadas, através da dos Recursos Humanos, ações de formação para divulgação e treino do Plano de Catástrofe. Essas ações são de frequência obrigatória para todos os Chefes de Equipa de Serviço de Urgência, devendo ser programadas, desde já, com o seguinte planeamento:

- Ação para operacionalização do Plano de Catástrofe, nos 90 dias subsequentes à entrada em vigor deste Plano e sempre que for atualizado;
- Ação sobre interligação com entidades exteriores ao Hospital, quando entendido oportuno pelo Presidente da Comissão de Catástrofe.

Considera-se prioritária a formação do pessoal do Serviço de Urgência, nas restantes ações a levar a cabo no planeamento normal, devendo o seu conteúdo abranger a organização geral do Plano de Segurança Interno e o papel dos diversos profissionais e Serviços na sua execução. Nas ações de acolhimento e integração dos novos profissionais deve ser feita uma referência à existência do Plano de Segurança Interno e como ter acesso ao mesmo.

Compete à Comissão de Catástrofe programar anualmente o(s) simulacros/exercícios a realizar para que o Plano seja testado regularmente, até porque o ser humano é revestido de uma série de emoções, de capacidade de reatividade perante situações adversas, que só com o treino se conseguem aprimorar.

**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.**

Uma problemática progressivamente exponencial e elencada já pela OMS, por vezes, assumida como “fora de controlo” ou “endemia surda”, a Infeção nosocomial, que tem de ser combatida com agentes dedicados, com práticas baseadas na evidência, com verdadeiros conhecedores e ilustres da área específica. A enfermagem tem muito a dar no combate propriamente dito, isto é, a sua influência, a sua capacidade de resolução de problemas e adversidades e a capacidade única que possuímos no que toca à relação com o doente são tudo armas que nos vão ajudar.

A OE, emana e salienta a importância desta competência específica do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica por isso mesmo, por considerar que o profissional responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção, pois “o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018) existe.

Atualmente “nosocomial” ou “infeção hospitalar” na sua definição está descrita como uma infeção num doente que ocorre durante a prestação de cuidados num hospital ou noutro contexto de cuidados, a qual não estava presente ou a incubar no momento de admissão (US Department of Health and Human Services; CDC, 2016; WHO, 2016) e que ocorre após as primeiras 48h de admissão hospitalar. As

infecções adquiridas em consequência da prestação de cuidados constituem, efetivamente, um problema, com morbilidade e mortalidade significativas. De acordo com os Centers Diseases Control and Prevention (2020), estas infeções são evitáveis em cerca de um terço dos casos, pelo que a capacidade de as prevenir pode constituir um excelente indicador de qualidade dos cuidados. É um problema transversal que nenhuma instituição ou país está excluída ou é detentora da resolução. Em cada ano, centenas de milhares de doentes em todo o mundo são afetados pelas IACS. Estas infeções são o evento adverso mais frequente durante a prestação de cuidados, em todo o mundo (DGS, 2017) e uma ameaça relevante, senão a primordial, para a segurança dos doentes, embora possa ser evitada através de medidas efetivas de prevenção e controlo de infeção (OECD, 2016; US Department of Health and Human Services. CDC, 2016; WHO, 2016; DGS, 2017). A sua incidência tem um impacto significativo na morbilidade, mortalidade, prolongamento dos internamentos, agravamento dos custos em saúde e na qualidade dos cuidados (Lambert et al., 2011; WHO, 2016; DGS, 2017), para além de também estarem relacionadas com uma carga económica significativa ao nível social (WHO, 2016). A WHO, a União Europeia (UE), entre outras entidades internacionais, tem alertado para o problema da Resistência Antimicrobiana (RAM), estimando-se que seja responsável por 25.000 mortes/ano na UE e 700.000 mortes em todo o mundo, prevendo-se que em 2050, se nada for feito, ocorrerão mais de 10 milhões de mortes todos os anos, superando a mortalidade causada pela neoplasia (DGS, 2017; OPSS, 2018). As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial (DGS, 2017). A monitorização da prática da higiene das mãos nas unidades de saúde conta com o início em 2009, após a adesão de Portugal à Campanha de Higiene das Mãos preconizada pela OMS. Em 2014, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Para tal, implementou a Estratégia Multimodal das Precauções Básicas. As PBCI traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada e incidem sobre dez padrões de qualidade. São eles:

- Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente 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.

Atendendo a este risco dos cuidados de saúde no que refere ao doente crítico, o enfermeiro especialista, deverá ser capaz de conceber um plano de prevenção e controlo da mesma para responder às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, consciencializando-se que a ineficácia das suas medidas e o não cumprimento das normas de controlo de infeção nas suas intervenções e até no próprio relacionamento direto, que não implica a execução de procedimentos técnicos, são uma fonte de possíveis infeções para um organismo que já pela sua condição crítica, se encontra fragilizado. A demonstração do conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) surge como outra competência do enfermeiro especialista.

No SU, desenvolvem-se múltiplas intervenções e procedimentos importantes e de grande sensibilidade ao controlo de infeção. Aqueles que mais acarretam riscos e são alvos de monitorização são a cateterização venosa periférica, algaliação e entubação nasogástrica. No âmbito mais específico da PSC, nomeadamente, em sala de emergência, existem a entubação naso/orotraqueal, a colocação do cateter venoso central, a cateterização arterial, entre outros, que são monitorizados mensalmente, revistos em auditorias e que, inquestionavelmente, constituem uma competência do enfermeiro especialista. No HB, existe um Gabinete da Qualidade e Grupo responsável pelo Controlo de Infeção que desenvolve ações no âmbito da prevenção, monitorização e controlo do risco infeccioso e que tem um ou dois representantes em cada equipa de cada serviço, o qual acompanha as diretrizes, enquanto revê procedimentos, realiza auditorias mensais e dinamiza os procedimentos revistos pelos Gabinetes no seio da equipa e sugere alterações, atribuindo responsabilidade a todos os enfermeiros pelas ações que acomete na sua prática diária. Por fim, é responsável por avaliar todas as intervenções efetuadas, procurando os ajustes necessários impostos pelo contexto de trabalho, sendo novamente a avaliação dos cuidados prestados um alicerce fundamental para o enriquecimento da prática em enfermagem.

Uma vez que todas as competências específicas previamente referidas foram fundamentadas, considero que foram bem desenvolvidas. Todo este percurso, todas as horas, todas as intervenções e tratamentos específicos serviram para me “mobilizar”, para crescer e sugar tudo que podia ser sugado, para a aplicação das mesmas e para o desenvolvimento dos conhecimentos teórico-práticos, cada vez mais

ricos, seguros e aprimorados. Destaco novamente o papel do enfermeiro Tutor, um elemento facilitador e instigador de reflexão no que toca à pessoa em situação crítica. É marcante o facto de poder ter experienciado a dinâmica de uma SE (Sala de Emergência), onde consegui participar em manobras de SAV (Suporte Avançado de Vida) e conseguir ter a percepção da sincronização, da interligação e do trabalho de equipa necessário e gerado; naquele momento é divinal, associado então ao sucesso da ação é ainda mais saboroso – o impulso gerado é mais forte. Sempre tive um desejo enorme de poder desenvolver o meu trabalho no âmbito da pessoa em situação crítica e isto de certa forma instigou ainda mais esse querer e desejo.

Já era uma área que me fascinava, mas sendo o tutor formador da área e também ele um entusiasta, fez com que a minha vontade e investimento se extrapolassem; a nossa essência enquanto enfermeiros passa, de certa forma, pela premissa de um conhecimento construído ao longo dos anos, onde o aperfeiçoamento constante compete com a possibilidade de prestar melhores cuidados e assim, provocar alterações comportamentais nas equipas, provocar a mudança, sempre com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em pano de fundo e sempre baseados na mais recente evidência científica.

O aperfeiçoamento gradual, as destrezas na gestão dos cuidados complexos foram evolutivas; a prestação de cuidados à pessoa emergente é desafiante, a antecipação dos focos de instabilidade torna-se um objetivo do estágio, superiorizando-se ligeiramente ao aperfeiçoamento por exemplo, na colocação de cateteres venosos centrais, linhas arteriais, ventilação invasiva e não invasiva. São todas estas ações/intervenções em conjunto, que produzem implicações diretas ao nível do processo de recuperação pós-fase crítica.

## **PARTE II – PROJETO**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A evolução da doença aterosclerótica, ao nível das artérias coronárias, manifesta-se clinicamente sob duas formas: a angina de peito crónica, também chamada de angina estável e as síndromes coronárias agudas. Ora, na angina estável, os sintomas resultam do desenvolvimento de placas ateroscleróticas, que provocam redução do lúmen das artérias, condicionando a redução do fluxo de sangue nas situações de esforço físico ou stress emocional. Por outro lado, nas síndromes coronárias agudas, o mecanismo resulta habitualmente da rutura da placa aterosclerótica, que expõe o seu conteúdo ao sangue circulante e que pode conduzir à formação de trombo intraluminal.

Neste último processo, o desenvolvimento clínico habitual é o Enfarte Agudo Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.

Vamos considerar um cidadão comum, nas suas frequentes atividades de vida diária, durante o desempenho do seu trabalho ou até na realização da sua atividade física.

Do ponto de vista clínico, esta entidade (SCA) apresenta-se como dor torácica intensa, muitas vezes descrita como constrição ou aperto, que frequentemente irradia para os membros superiores, mandíbula e dorso, muitas vezes acompanhada por náuseas, vómitos e sudção. Na generalidade dos casos, esta sintomatologia assume intensidade suficiente que obriga o doente a procurar ajuda médica. O cidadão comum, que estaria a realizar a sua caminhada matinal, ativa toda uma rede que trabalhará de forma precoce, rápida e unida de forma que reperfusão coronária seja estabelecida e o mais rapidamente possível. Importante salientar, que “em cerca de 15% dos casos, particularmente em idosos e diabéticos, pode não existir referencia a dor ou os sintomas serem mais ténues, o que pode conduzir à não deteção do enfarte, se não for efetuado, atempadamente, eletrocardiograma e/ou análises de sangue para doseamento das enzimas cardíacas”.

#### **1.1. O SCA desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar, em Portugal;**

O enfarte agudo do miocárdio é considerado uma emergência médica, sendo fatal em cerca de 1/3 dos doentes, ocorrendo metade das mortes nas primeiras horas após início dos sintomas, habitualmente como resultado de fibrilhação ventricular.

Ao contrário do que fazem a maioria dos doentes que recorrem ao hospital pelos próprios meios, o procedimento correto será pedir ajuda através do número 112. Ao efetuar este contato, o INEM inicia a ativação do meio mais apropriado para a situação (SIV/VMER) e por isso inicia o processo de diagnóstico

e tratamento, enquanto orienta o doente para o hospital mais adequado (que pode não corresponder ao hospital mais próximo).

Claramente, vários estudos apontam para um impacto significativo da ativação pré-hospitalar na redução dos tempos de isquemia, o nosso principal objetivo, diminuindo diretamente assim a morbilidade e mortalidade desta entidade, que é o enfarte agudo do miocárdio.

Como o “transporte até ao laboratório de hemodinâmica se torna fulcral, é necessário que este se proceda em máximas condições de segurança e com a celeridade necessária”, para que a reperfusão precoce (associada a melhoria prognóstica) como a intervenção coronária percutânea primária (ICPP), se possa realizar, baseada no conceito “tempo é miocárdio”.

É objetivo das guidelines atuais trabalharem ou induzirem “um tempo porta-balão (TPB) inferior ou igual a 90 minutos como alvo a atingir (idealmente inferior ou igual a 60 minutos, especialmente em doentes de alto risco com enfarte em território anterior que se apresentem precocemente com menos de duas horas de início de sintomas, ou que recorrem a uma instituição com capacidade de ICPP 24h/dia), sendo considerado atualmente uma medida de qualidade na prestação de cuidados hospitalares aos doentes com EAMcST” (Steg, PG, et al; 2012).

Para isso é importante reconhecer que o recurso à Emergência Pré-Hospitalar (EPH) tem de ser um elo fundamental da cadeia de sobrevivência no tratamento do EAMcST, pois permite um “diagnóstico e orientação para a ICPP mais rápidos, transportando diretamente o doente para um centro capaz de realizar reperfusão mecânica e acompanhado de equipas devidamente treinadas em suporte avançado de vida” (Pereira, H., et al; 2014).

“O diagnóstico, triagem e tratamento inicial pré-hospitalar através dos serviços de emergência médica mostraram estar associados a um maior uso de terapêutica de reperfusão, à redução dos atrasos e uma consequente melhoria dos resultados clínicos no EAMcST. No entanto, alguns estudos demonstram que a EPH é ainda subutilizada e que muitos doentes continuam a chegar aos hospitais por meios próprios” (Pereira, H., et al; 2014), apenas “cerca de 38% dos doentes com enfarte ativam os serviços e EPH” (Terkelsen, CJ., et al; 2010).

A avaliar pelo trabalho de Silveira, et al; podemos reter que o acesso à EPH tem um impacto na redução da mortalidade em doentes com EAM, demonstra, de forma inequívoca, que a reperfusão precoce no EAM em Portugal passa pelo acesso mais generalizado à EPH (Silveira, et al; 2017). O trabalho mostra o impacto positivo na redução dos tempos de isquemia e a concordância/paralelização de medidas como o recurso ao sistema de emergência médica, realização de ECG a nível pré-hospitalar e transporte direto dos doentes com EAMcST para os laboratórios de hemodinâmica

**Tabela 2** - Tempos de isquemia

Tempos até reperfusão (minutos)	EPH	N-EPH	Valor de <i>p</i>
Tempo porta balão mediano (IQR)	61 (55)	90 (90)	0,001
Tempo isquêmico total mediano (IQR)	195 (150)	286 (360)	< 0,001

EPH: emergência pré-hospitalar; N-EPH: não emergência pré-hospitalar.

Tempo	EPH (%)	N-EPH (%)
TPB ≤ 60 minutos	49,6%	33,9%
TPB ≤ 90 minutos	73,8%	55,2%

Comparação da percentagem de doentes que atingiu um tempo porta-balão (TPB) ≤ 60 e 90 minutos. (EPH: grupo emergência pré-hospitalar; N-EPH: grupo não emergência pré-hospitalar) – (Silveira, et al;2017).

Para a concretização deste tipo de abordagem e de forma a otimizar o atendimento aos doentes mais urgentes em muitos serviços de urgência existe a utilização de um sistema de Via Verde. Conceito este, que surgiu nos Estados Unidos da América em 1990. Tem por objetivo diminuir a morbilidade e mortalidade devido a atrasos no diagnóstico e tratamento especialmente em pessoas com diagnósticos sensíveis ao tempo como o EAM, Pneumonia, Sepsis e AVC. Estes sistemas consistem em protocolos para o atendimento prioritários de pessoas suspeitas das referidas patologias, que implicam atendimento imediato, assim como acesso facilitado aos recursos clínicos, terapêuticos e de meios complementares de diagnóstico (Trzeciak&Rivers,2003).

Como recomendado pela ESC (European Society of Cardiology), as equipas pré-hospitalares devem possuir formação específica e equipamento adequado para o diagnóstico EAMcST e para a administração da terapêutica inicial, incluindo fibrinólise quando aplicável (Esc,2012). Uma das grandes prioridades e vantagens é o rápido encaminhamento para o local especializado, isto é, no caso da via verde coronária, a pessoa com dor no peito liga 112, o INEM envia um meio diferenciado, como a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) ou ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), que inicia mais precocemente o diagnóstico e tratamento enquanto encaminha a vítima para a unidade especializada no

tratamento de enfartes. Nos hospitais em que está implementada a VVC, após comunicação por parte do CODU do encaminhamento de uma pessoa em protocolo VVC preconiza-se que os meios estejam estruturados para formar rapidamente uma equipa preparada para as intervenções necessárias (Lino, Garcia&Costa, 2009).

Desde que foi criada em 2007 a VVC contribui para a redução da mortalidade por enfarte, retrocedendo de 12% em 2005 para 8% em 2011. Em 2010 a VVC socorreu cerca de 18000 vítimas com queixas cardíacas, sendo que em 53% dos casos confirmou-se EAM (Ferreira, 2013).

Importante assinalar a importância e a influencia da demografia assente nesta questão, em 2012, Sousa et al; realizaram um estudo com o objetivo de analisar a adequação da implementação das *guidelines* para o EAMcST num centro de ICP primário em Lisboa e verificaram que as pessoas encaminhadas pela VVC foram as que obtiveram menos tempo total de isquemia, apesar disso, fundamental referir que apenas 9% do total da amostra recorreu por esta via. Curioso que, pelo contrário, Marques et al, em 2012 aplicou o estudo no Algarve num centro de ICP primária, experiente e bem estruturado, onde se verificou e conclui que 74% das pessoas foram encaminhadas pela VVC. A DGS (2014) analisou a variação entre 2009 e 2013, verificando uma variação positiva de 80,54%.

A adoção destas estratégias organizativas permitiu uma progressiva expansão do número de pessoas submetidas a terapêutica e à ICP primária, com notória influência na história natural do EAM. Assim, a intervenção no EAM apresentou um incremento progressivo da ICP primária entre 2004 e 2013, passando de 1328 procedimentos para 3524. Estes dados refletem um aumento relativo da ICP primária no contexto da atividade global dos centros de Cardiologia de intervenção, atingindo os 25% em 2013 (Pereira et al; 2015).

Apesar destes números, existem outros preocupantes, talvez pela falta de esclarecimento da população acerca dos sintomas e sugestivos de enfarte, assim como a atitude correta a assumir. Comportam importantes atrasos no início da terapêutica adequada. A *Stent for Life*, em fevereiro de 2016, divulgou os dados recolhidos através de um inquérito realizado junto de todas as unidades de hemodinâmica do país, concluindo que 59% das pessoas com enfarte não ativa o 112 e 44% recorre a hospitais que não dispõem de condições para realização de ICP primária, sendo necessário proceder à transferência para outra unidade de saúde, atrasando assim de forma significativa o início do tratamento.

Os hospitais envolvidos na VVC encontram-se organizados internamente, sem barreiras burocráticas, de modo que à rapidez de intervenção pré-hospitalar corresponda um atendimento intra-hospitalar simples, eficaz e rápido, funcionando como um corredor para acelerar a chegada do doente a uma equipa dedicada.

A intervenção imediata conduz a ganhos em saúde e a redução dos tempos de diagnóstico e tratamento. Na nossa realidade é fácil perceber que as proporções que estas medidas tomam, são na verdade, maiores nos locais mais distantes dos grandes centros hospitalares, onde se observa uma atuação pré-hospitalar mais rápida e adequada (DGS, 2001). Não obstante, temos enquanto cidadãos, enquanto responsáveis pela nossa saúde e vida, sermos mais ativos e mais dinâmicos, de forma a aniquilar a nossa prevalência a fatores de risco, não podemos esquecer que a HTA tem alta prevalência na nossa população nacional e também não devemos esquecer que cerca de metade dos EAM a nível mundial ocorrem em pessoas com HTA (DGS, 2014).

Os FRCV apesar de não se revelarem preditores da sobrevivência dos doentes com EAMcST, estão presentes na grande maioria dos casos e até por vezes com mais que um fator de risco em simultâneo. Não podemos esquecer que não existem sistemas organizacionais perfeitos e incólumes. Esta claro que, independentemente do modelo adotado, é importante otimizá-lo para, em cada contexto, reduzir o mais possível duas coisas: a morbilidade e mortalidade.

## **1.2. A intervenção especializada de enfermagem à pessoa com SCA e a preponderância do fator tempo no cuidar da pessoa com SCA**

O tempo gasto pela pessoa até reconhecer a possível gravidade dos sintomas e o tempo gasto nas medidas diagnósticas são dos fatores que explicam muitas das vezes o atraso ao tratamento do SCA.

Como tem sido noticiado os serviços de urgência estão diariamente lotados por pessoas que recorrem pelos mais diversos motivos. É aqui fulcral o papel do enfermeiro na triagem dessas pessoas, assim como a sua experiência faz com que esteja alertado para determinadas situações que requerem maior prioridade. A gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica é uma das competências do enfermeiro especialista que mais se evidencia no SU (dor como denominador mais comum).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. Segundo a OE, “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida esta ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica” (OE,2011).

Para Benner, Kyriakidis e Stannard (2011), doente crítico é aquele que esta em situação aguda por doença ou lesão, tornando se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente e revela assim um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica devem dar resposta às necessidades afetadas, tendo como objetivo a manutenção das funções básicas da vida, a prevenção de complicações e a diminuição das incapacidades, e como finalidade a recuperação total do doente (OE,2015). O cuidar começa pela identificação das necessidades de cuidados obedecendo, obviamente, ao estabelecimento de prioridades de uma rápida e precisa avaliação do estado fisiológico, em que, muitas das vezes, a expressão do cuidar e do conhecimento do indivíduo necessita de cuidados através do recurso à tecnologia, ainda para mais, na presença de situações de ameaça à vida, como na PSC com EAMcST. Existe cada vez mais, uma relação forte e determinada entre a competência na utilização da tecnologia ao cuidado da pessoa e da qualidade desse processo de cuidar. Por vezes só dessa forma se consegue identificar necessidades e estabelecer prioridades na PSC com EAMcST.

No processo de cuidar, o respeito por si próprio como pessoa e o respeito pelo outro de quem se cuida, são valores que afirmam a singularidade. O cuidar é o serviço de enfermagem que existe no contexto da *nursing situation* ou a “situação de enfermagem”, sendo esta o foco de tudo o que é conhecido e feito na enfermagem e é conceptualizado como experiência vivida e partilhada entre a pessoa e o enfermeiro que contribui para enaltecer a singularidade da pessoa de quem se cuida (Purnell, 2014).

É com esta perspetiva permitido tanto aos enfermeiros como às mais pessoas a partilha da experiência e ao mesmo tempo, o enaltecer a singularidade e o crescimento mútuo, essencial num ambiente tecnicista, e por vezes distante, como o vivido no Serviço de Urgência. Não nos centramos apenas em parâmetros vitais, mas olham à essência do ser humano que necessita de cuidados (Purnell, 2014).

Assim sendo, podemos afirmar que a “situação de enfermagem” é o que nos permite conhecer a PSC, aliada à comunicação e à ação intencional do enfermeiro em iniciar o processo de enfermagem: apreciação, colheita de dados (pela observação, pela entrevista, pela comunicação de dados pelas equipas) e pela partilha – a PSC é “convidada” a criar a possibilidade de partilhar aquilo que realmente importa e aquilo que tem significado e necessita para si naquele momento (*nursing situation – direct invitation*).

Importante na prestação dos cuidados a PSC com EAMcST é igualmente a comunicação e a intervenção que a família carece, privilegiando a informação em todas as etapas do processo. Atendendo à prestação de cuidados de enfermagem especializados centrados na família, e de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do enfermeiro especialista em PCS definidas pela OE, o processo de cuidar compreende intervenções que se centram para além da pessoa doente, visando igualmente a família e os profissionais de saúde- Nursing as Caring (Boykin, et al.,2005).

Esta relação permite assim, aos enfermeiros, conhecerem as pessoas de quem cuidam, permite o desenvolvimento de atividades unidirecionais e trocas recíprocas para promover o cuidado em enfermagem no seu sentido mais amplo. Desta espécie de “dança dos cuidadores” resulta a articulação entre os membros da equipa de saúde, cada um contribuindo de forma única na prestação dos melhores cuidados à PSC com EAMcST (Boykin, et al.,2005).

Assim sendo, os cuidados de enfermagem prestados à PSC com EAMcST, devem ser planeados de forma minuciosa e articulados com restantes elementos da equipa, de forma a garantir que estas equipas funcionem sem reivindicações de poder ou autoridade, mas que funcionem da forma mais tradicional possível, através da comunicação e a fulcralidade que ela obtém.

E a contar com a competência do julgamento clínico do enfermeiro que são implicadas tomadas de decisão com indicação para intervenção muito urgente ou emergente, visto sermos muitas das vezes, o primeiro contato com a pessoa com EAMcST. Fundamental a comunicação adequada e o domínio dos diversos algoritmos de atendimento à pessoa com suspeita de EAMcST (Palmeira & Machado, 2011), visto que estão provavelmente a ser planeadas intervenções emergentes. A avaliação da dor é das intervenções mais importantes do enfermeiro, mas, nestes casos específicos é de extrema importância, não só apenas por questões de conforto, mas porque a dor esta associada à estimulação simpática, que por sua vez causa vasoconstrição e um aumento do trabalho cardíaco. Torna-se então essencial a implementação de terapêutica para conseguir gerir a dor de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, como os opióides. Para a gestão destas intervenções farmacológicas é necessário ocorrer uma comunicação eficaz e concisa/clara entre as equipas, de forma a excluir duvidas e possíveis erros ou sobredosagens.

A relação interpessoal estabelecida entre as equipas tem como objetivo o maior conhecimento para o cuidado à pessoa com EAMcST.

Em suma, a rede de referênciação (VVC), assume um papel central e primordial na otimização do tratamento, ao qual não pode estar dissociada a fundamental importância do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, essenciais na transmissão correta das informações e na redução dos tempos de atraso até à terapêutica de reperfusão e assim, inegavelmente melhorar os *outcomes* neste processo: detecção – transmissão – encaminhamento - tratamento.

Com o objetivo de promover uma síntese sobre o conhecimento atualmente disponível com a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática, nomeadamente ao nível da comunicação das equipas no tratamento da pessoa com EAMcST, foi desenvolvida uma **RSL**.

Assiste-se a um aumento exponencial das expectativas e exigências dos cidadão, com o aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde, principalmente em situações de risco, onde se espera uma atuação firme e determinada, ao mesmo tempo eficiente e organizada, por isso, *“todas as atenções ficam centradas nos resultados e na utilização adequada dos recursos disponíveis, pelo que as metodologias de melhoria contínua de qualidade constituem-se como um atributo essencial dependentes de vários intervenientes”* (Oliveira, et al, 2008).

Como já foi explanado anteriormente, compreende-se então a existência de diferentes meios de emergência, em diferente número e com diferentes níveis de diferenciação, complementando-se entre si e formando uma rede que permite a qualquer utente o acesso, em tempo útil e adequado ao nível de cuidados.

É visível e evidente que a experiência do enfermeiro na prestação de cuidados de urgência tem vindo a dar um contributo claro e significativo na redução da mortalidade e morbilidade, tal como a sua evidência no aprimoramento dos diversos sistemas de emergência no mundo, por isso o meu objetivo passou por estudar a transferência do doente crítico do contexto extra-hospitalar para o contexto intra-hospitalar e a importância da comunicação para a continuidade dos cuidados, pois só assim asseguramos a continuidade do tratamento mais adequado.

Justus (2009) aponta algumas razões para realizarmos uma revisão da literatura, entre as quais se destacam:

- delimitar o problema de pesquisa;
- procurar fundamentação teórica;
- procurar novas linhas de investigação evitando abordagens infrutíferas.

Pode definir-se como uma *“síntese rigorosa, baseada nas evidências, em que inúmeras pesquisas efetuadas, de acordo com uma questão pré-definida, são recolhidas, categorizadas, avaliadas e sintetizadas, contribuindo para a melhoria da prática de enfermagem”* (Galvão, et al, 2004).

A presente revisão sistemática da literatura procura dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual a comunicação das equipas pré-hospitalares e hospitalares em situação de emergência?

Como em qualquer pesquisa, a primeira e mais importante decisão no planeamento da revisão sistemática é a determinação do seu foco de atenção. De acordo com Bettany-Saltikov (2012), uma boa revisão sistemática deverá conter a formulação de uma e apenas uma questão de partida, sendo ele suficientemente compreensível e específica. Para a generalidade, de facto, a formulação da questão de partida é a tarefa mais crítica e talvez a mais difícil de realizar (O'Connor, Green, Higgins, 2011).

Foi utilizada a estratégia **PICO** (P-População; I-Intervenção; C-Comparação; O-Outcome/Resultado), que aumenta o potencial de sucesso evitando a omissão de estudos importantes (Santos, Pimenta e Nobre, 2007).

**Tabela 3** - Estratégia PICO e aplicação de critérios de inclusão

<b>Critérios de Seleção</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>
<b>P - População</b> – Enfermeiros do pré-hospitalar e hospitalar	Enfermeiros a prestar cuidados pré-hospitalares e hospitalares, em situações de emergência
<b>I - Intervenção</b> (fenómeno de interesse) – Comunicação entre as diferentes equipas	Artigos relacionados com a comunicação entre equipas
<b>C - Comparação</b>	Não aplicável
<b>O - Outcome/Resultado</b> – Efetividade da comunicação	Estudos sobre a efetividade da comunicação

Numa revisão sistemática de qualidade, os critérios de inclusão e exclusão devem ser definidos de forma rigorosa, transparente e antes da pesquisa, para que possam ser incluídos todos os estudos relevantes e excluídos os irrelevantes (Bettany-Saltikov, 2012).

Como referido na tabela, os critérios de inclusão tiveram como finalidade orientar a pesquisa e a seleção da literatura científica, por isso foram definidos os artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, artigos sobre a comunicação de equipas pré-hospitalares e intra-hospitalares, sendo que defini como critérios de exclusão os artigos que não vão ao encontro do tema em questão, artigos sem texto completo e artigos sobre traumas variados e específicos.

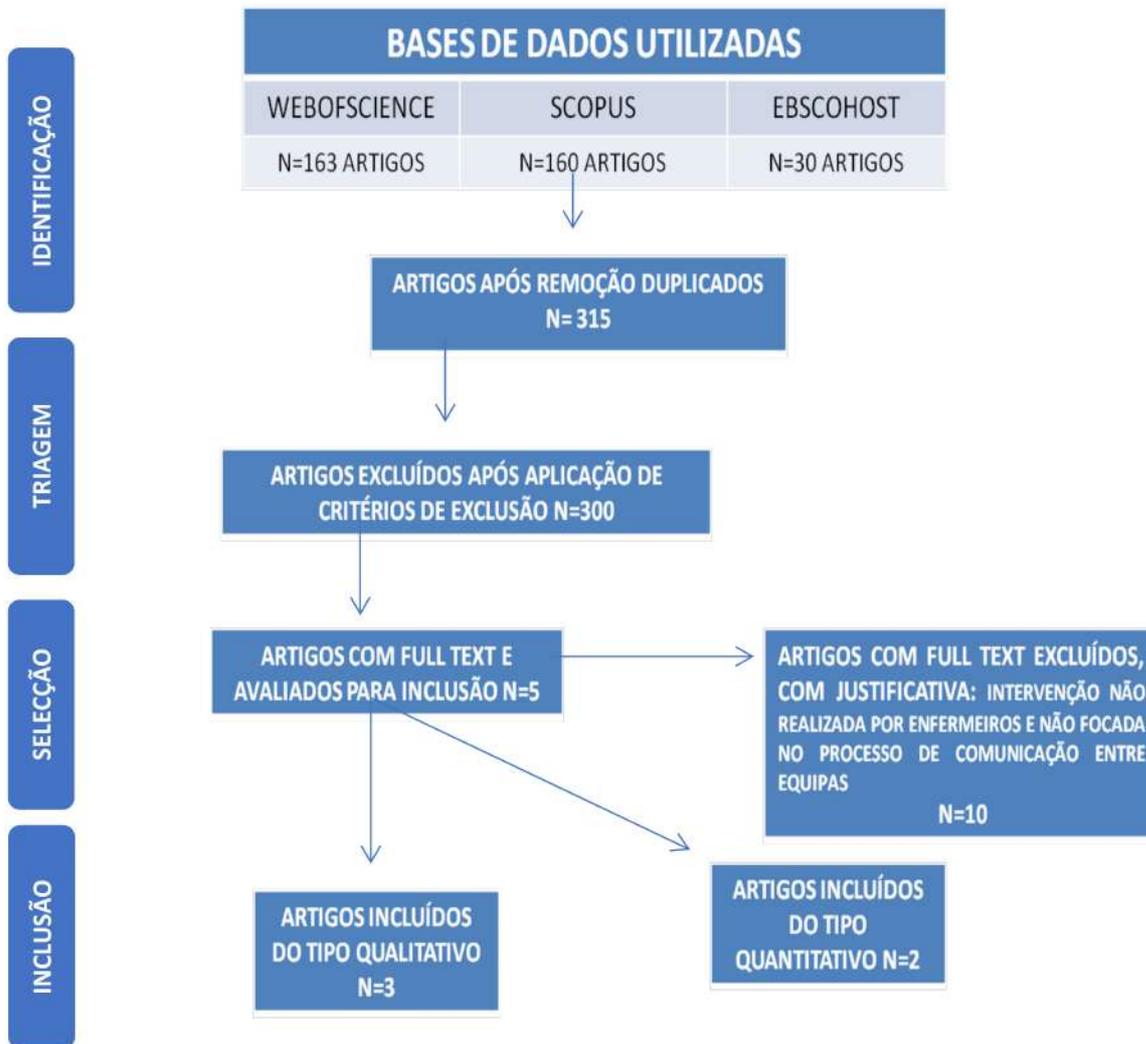
Como em qualquer estudo é importante a definição da estratégia de pesquisa, considerada grande condicionante dos resultados, sendo que requer uma estrutura lógica, por isso, neste sentido, a transposição da questão de investigação para a pesquisa envolve algumas etapas.

A primeira etapa constou da seleção dos termos de busca (palavras-chave), fundamentais para uma pesquisa eficaz e, apesar de parecer fácil, a sua seleção pode ser complexa e morosa. Foi realizada uma pesquisa entre 18 de junho e 20 junho de 2016, nas bases de dados WebofScience, Scopus e Ebscohost, com as seguintes palavras-chave/keywords: communication/comunicação, pré-hospital/pré-hospitalar, hospital/hospitalar, emergency/emergência; nurses/enfermeiros.

Na segunda etapa foi realizada as possíveis conexões dos termos de pesquisa através de operadores booleanos: “OR”, “AND”, “NOT”. Foi ainda nesta fase que se incluíram limites à pesquisa, nomeadamente

a língua e data da publicação, sendo que limitámos os estudos publicados a partir do ano 2010, para a possibilidade de acesso a estudos mais recentes e em simultâneo, um número de estudos considerável. Então, da pesquisa inicial resultaram um total de 353 artigos; 163 artigos da Web of Science, 160 artigos da Scopus e 30 artigos da Ebscohost. A última fase do registo dos resultados de pesquisa deve ser minuciosamente detalhado para que, caso seja necessário, possa vir a ser verificado e replicado, tornando a pesquisa mais válida, por isso foram realizadas as importações de todas as referências para o ENDNOTE online, removendo posteriormente os artigos duplicados com a ferramenta da aplicação e manualmente, excluindo um total de 38 artigos duplicados, restando então 315 artigos aos quais foram aplicados os critérios de exclusão (registos excluídos n=300), resultando então em 15 artigos dos quais 10 artigos, apesar de serem *full text*, foram excluídos com justificativa, ou porque a intervenção não é realizada por enfermeiros ou porque a intervenção não está focada no processo de comunicação entre as equipas, pelo que ficámos com 5 artigos seleccionados, 3 artigos do tipo qualitativo e 2 artigos do tipo quantitativo.

**Tabela 4** - PRISMA 2009 FLOW DIAGRAM



A tabela de extração de dados ilustra as diferentes abordagens da temática, pois os estudos contemplam vários contextos e culturas na área da temática selecionada, contribui também para uma visão complementar e com múltiplas perspectivas da experiência dos enfermeiros nos cuidados pré-hospitalares e sua transição para o intra-hospitalar, em situações de emergência. Na análise da qualidade metodológica dos estudos selecionados utilizaram-se os instrumentos de avaliação “JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research” (2014).

**Tabela 5** - Grelha de Extração de Dados (adaptado de JBI 2014)

<b>Título, Autor, Ano, País</b>	<b>Objetivo de estudo</b>	<b>Contexto</b>	<b>Tipo de Estudo Metodologia</b>	<b>População</b>	<b>Resultados/Outcome</b>
<p>“The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses” Bruce, Karin; Suserud, Bjorn-Ove (2005), Suécia</p>	<p>Descrever e compreender a experiência dos enfermeiros que recebem doentes emergentes de outros colegas enfermeiros</p>	<p>Enfermeiros de urgência e pré-hospitalar</p>	<p>Qualitativo-descritivo com análise de conteúdo (entrevista)</p>	<p>118 Enfermeiros</p>	<p>O processo de transferência é visto como bastante complexo, influenciado negativamente pelo ambiente de trabalho e o tipo de relações sociais entre os profissionais. Surgiu então de forma mais padronizada, no entanto apercebem-se que para melhorias significativas da prática do processo de transferência, torna-se necessário redução da carga de trabalho e de formação das equipas no âmbito do processo.</p>
<p>“Pre-hospital/emergency department handover in Italy” Di Delupis, Francesco Dogmi; Pisanelli, Paolo; Niccolo, Mancini; di Nota, Tommasina (2014). Itália</p>	<p>Estudar a comunicação que ocorre durante a transição do pré-hospitalar para o intra-hospitalar, através de uma ferramenta previamente avaliada.</p>	<p>Triagem-Urgência</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>32 Enfermeiros de triagem-urgência e aproximadamente 110mil doentes</p>	<p>É reconhecido o importante papel do enfermeiro na triagem, observam a diminuição da qualidade/eficácia do processo de transferência de informações do doente emergente quando realizado por equipas pré-hospitalares não compostas por enfermeiros, aconselham a implementação de uma ferramenta padronizada para todos os intervenientes no processo de transferência do doente proveniente do pré-hospitalar. Afirmam ainda que o voluntário participante nos cuidados pré-hospitalares têm menos conhecimento dos cuidados a prestar ao doente emergente.</p>
<p>“Communication during handover in the pre-hospital interface in Italy: from evaluation to implementation of multidisciplinary training through high-fidelity simulation” Di Delupis, Francesco Dogmi; Pisanelli, Paolo; Di Lucio, Giovanni; Kennedy, Maura; Tellini, Sabrina; Nenci, Nadia; Guerrini, Elisa; Pini, Riccardo; Gensini, Gianfranco (2014) Itália</p>	<p>Desenvolver cenários de simulação de processos de transferência do doente emergente do pré-hospitalar; identificar informação importante para uma correta comunicação entre equipas; avaliação das ferramentas existentes para integração de ferramenta de transmissão de dados, validar ferramenta adaptada.</p>	<p>Enfermeiros do serviço urgência e do pré-hospitalar</p>	<p>Qualitativo-descritivo com análise de conteúdo (focus-group)</p>	<p>35 Intervenientes do pré-hospitalar e serviço de urgência (6 médicos, 6 enfermeiros, 12 técnicos e 11 atores)</p>	<p>Detetadas falhas durante o processo de transferência do doente emergente, 12% ocorridos na Unidade de Cuidados Intensivos; demonstrado que informações verbalizadas pelos paramédicos têm frequentemente erros; todos os intervenientes dos cuidados pré-hospitalares e hospitalares concordam ser necessário standardizar esta comunicação; informações importantes e básicas não são muitas vezes transmitidas, tal como o nome do doente, idade, antecedentes clínicos e alergias conhecidas; por vezes a responsabilidade de cuidados ao doente fica mal definida; verificam-se resultados positivos após curso de implementação da ferramenta previamente adaptada para a correta transmissão de dados.</p>

<b>Título, Autor, Ano, País</b>	<b>Objetivo de estudo</b>	<b>Contexto</b>	<b>Tipo de Estudo Metodologia</b>	<b>População</b>	<b>Resultados/Outcome</b>
<p>“Registered nurses experiences of their decision-making at na Emergency Medical Dispatch Centre” Ek, Bosse; Svedlund, Marianne (2014). Suécia</p>	<p>Descrever papel do enfermeiro no serviço de triagem e a sua eficiência na gestão de prioridades</p>	<p>Serviço de Urgência-Triagem</p>	<p>Qualitativo-descriptivo com análise de conteúdo (entrevista)</p>	<p>15 Enfermeiros do Serviço de Urgência-Triagem</p>	<p>Torna-se desafiante e motivadoras as difíceis situações e as difíceis decisões, os resultados mostram dificuldades de gestão, quando surgem situações de exceção; conflitos com colegas de trabalho e outros elementos do pré-hospitalar também ocorrem por vezes, levando a más decisões; é fundamental a experiência do enfermeiro no âmbito do pré-hospitalar.</p>
<p>“Triage, treatment and transfer: Evidence-based Clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72hours of admission to hospital for acute stroke” S., Middleton; Grimley, R.; Alexandrov, A.W. (2015). Suécia</p>	<p>Definir a essencial contribuição do enfermeiro no processo de transferência do doente emergente nas primeiras 72 horas desde a chegada ao serviço de urgência até ao serviço de cuidados intensivos.</p>	<p>Enfermeiros Serviço de Urgência-Triagem</p>	<p>Descritivo-correlacional quantitativo (questionário)</p>	<p>48 Enfermeiros serviço Urgência-triagem</p>	<p>A prioridade clara para melhorar os resultados dos cuidados está relacionado com o necessário acesso atempado a intervenções precoces com eficácia demonstrada e os enfermeiros desempenham um papel crucial e estão bem colocados para assumir um papel central e de liderança na implementação de cuidados, incluindo serviços de telemedicina e a sua importância na comunicação correta dos dados, de modo a ativar as medidas necessárias e dirigidas para a situação específica. Os enfermeiros são os que passam mais tempo com o doente emergente e em situações de Acidente Vascular Cerebral especificamente é imperativo a troca de informações entre as equipas.</p>

## **Discussão de Resultados**

Os principais resultados e conclusões dos estudos selecionados são sintetizados usando a forma narrativa, por incluir maioritariamente estudos qualitativos.

Em relação aos estudos constatou-se que o enfermeiro tem um papel crucial e de facilitador no processo de comunicação na transferência do doente emergente, desenvolvendo intervenções e por vezes ferramentas previamente adaptadas para funcionar como facilitador e estruturar o processo. Promovem a aquisição de conhecimentos, a partilha de dúvidas e identificam dificuldades relacionadas com as situações em causa, muito específicas, com gravidade clínica e com necessidade de tomada de decisão clarificada e bem direcionada.

Parece que todos os estudos comprovam uma maior eficácia no processo de comunicação/transferência quando desenvolvidas por enfermeiros, detetam mais falhas quando são realizadas por outros profissionais.

No primeiro estudo, de Bruce et al (2005), o processo de transferência começa a ser visto como complexo e por isso começam a surgir dificuldades, erros e a grande necessidade de standardizar. Após a aplicação das estratégias estudadas apercebem-se que para obter resultados mesmo significativos é imperativo a mudança de mentalidades, a mudança das condições de trabalho e uma não menos importante, mudança nas equipas e sua perceção sobre o processo em causa, a ligação do pré-hospitalar com os cuidados intra-hospitalares e a importância do seu correto e linear encaminhamento/desenvolvimento.

Na globalidade dos estudos analisados, os programas desenvolvidos pelos enfermeiros, garantem e promovem resultados positivos ao nível do funcionamento da entrada e receção de doentes emergentes, tanto no âmbito de enfermagem como na facilitação de relacionamentos com outros profissionais. No estudo de Di Delupis et al (2014) verificámos isso, a necessidade de padronizar, para que todos os intervenientes do processo atuem da mesma forma, procurando uma maior eficácia e qualidade, que, segundo o estudo, são mais baixas quando são outros profissionais, não enfermeiros, que a realizam.

Apesar do SIEM em Portugal estar bem estruturado e definido, parece ser necessário incluir na formação dos intervenientes, o processo de comunicação, principalmente dos dados clínicos do doente emergente, visto que a sua participação/colaboração pode ser realmente esclarecedora e facilitadora de intervenções e estratégias futuras, por isso devemos inculcar a importância do foco e concentração no doente, colocando possíveis “rancores”, entre profissionais, de lado. É no segundo estudo de Di Delupis et al (2014) que verificámos essa necessidade de formação partilhada, pois na grande maioria das vezes o processo de transferência parece ser pobre e é surpreendente observar que nessa fase temos quase

sempre um relatório escrito, folha preenchida que é entregue aos enfermeiros da triagem, mas sem oralidade, sem comunicação verbal, que se traduz por vezes em erros, ou na demora da interpretação das situações, pois obriga à minuciosa revisão/leitura do relatório entregue.

Observa-se nos estudos que integraram ferramentas adaptadas, que os resultados positivos são mais frequentes, a padronização conduz a uma menor subjetividade (nas situações específicas do doente emergente há pouco para subjetivar), preferencialmente agindo de forma estruturada. Neste âmbito, e para clarificar qual a responsabilidade do enfermeiro nos cuidados pré-hospitalares, e reforçando o enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros, no qual refere que as intervenções do enfermeiro no pré-hospitalar deverão *“garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais...”*. Está claro que o enfermeiro que acompanha o doente num transporte primário é responsável pelos cuidados ministrados até à passagem de toda a informação clínica de maneira formal (relatório escrito e comunicação verbal) ao colega do serviço de destino, seguindo a metodologia ABCDE, que só cessa quando confirmação de que a comunicação da informação transmitida sobre o doente foi efetiva.

No estudo de Bosse et al (2014), é evidenciado o potencial conflito entre profissionais e intervenientes dos cuidados à pessoa em situação crítica no pré-hospitalar, muitas vezes relacionado com a rápida necessidade de tomada de decisão, o querer evidenciar-se, o limite das suas competências (que deve ser respeitado), entre outros. Para nos afirmarmos profissionalmente neste âmbito de cuidados e para obtermos maiores resultados é importante os enfermeiros identificarem lacunas na formação específica, identificarem as indefinições na regulação da sua própria atividade e dos outros, temos de definir estratégias que diferenciem o cuidar dos enfermeiros, nomeadamente nestas situações, evidenciando o trabalho de equipa, de modo a centralizarmos concentração e foco no doente emergente, o nosso principal objetivo.

A experiência do enfermeiro, referido no estudo de Bosse et al (2014), nos cuidados pré-hospitalares e hospitalares, também se revela importante, em termos de capacidade de liderança e atuação nos cuidados pré-hospitalares e na capacidade de uma articulação funcional entre os vários atores e serviços, de modo a salientar o sentido profissional dos intervenientes e o bom senso (fruto da experiência), conseguindo a eficácia pretendida.

A diversidade dos resultados advém de certa forma da variedade de metodologias usadas e das discrepâncias culturais entre os diferentes países.

Para dar resposta a estas dificuldades vivenciadas, é importante referir as sugestões dos enfermeiros relacionadas com a criação de ferramentas, com o objetivo de estruturar as práticas, dentro dos diferentes atores.

Considero que este estudo secundário fornece uma maior compreensão sobre o fenómeno, permitindo aprofundar conhecimentos na área, revelando evidência sobre o “estado de arte”, e assegurando também a pertinência do estudo desta temática, bem como algumas sugestões de investigação, aqui deixadas:

- Incentivar os enfermeiros da atividade pré-hospitalar a realizar sempre os registos da sua intervenção autónoma nos cuidados prestados, e a reforçar a passagem dessa informação na transferência e encaminhamento nas unidades de saúde;
- Promover o desenvolvimento de uma plataforma de registos próprios de enfermagem na atividade pré-hospitalar;
- Fomentar a interdisciplinaridade entre o sistema nacional de saúde e a tutela dos enfermeiros, para o desenvolvimento de modelos de aferição dos ganhos em saúde sensíveis à prática dos enfermeiros;
- Incluir de forma mais estruturada nos currículos de enfermagem, de base e pós-graduados, esta vertente do exercício profissional dos enfermeiros, dando especial atenção ao desenvolvimento de competências específicas nesta área;
- Desenvolver e aplicar planos de formação de curta duração conjuntos, dirigidos aos vários atores do pré-hospitalar, com o objetivo central de desenvolver competências relacionadas com o trabalho de equipa;
- Replicar estudos desta natureza a diferentes populações e SIEMs, à procura de relações entre as competências definidas, os bloqueios percecionados e a afirmação profissional dos enfermeiros;

Os estudos analisados evidenciam a importância do papel do enfermeiro e contribuem para a construção da disciplina da enfermagem. As implicações para a prática e para a investigação são a necessidade de mais estudos sobre a experiência vivida dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

Fica claro que o exercício profissional dos enfermeiros da atividade pré-hospitalar tem respondido ao benefício da intervenção clínica precoce como forma de garantir a excelência de cuidados e a prática de acordo com evidência neste domínio. Há diferenças significativas na comunicação no treino e nas

capacidades dos diversos atores. As falhas de comunicação acontecem durante o interface pré-hospitalar e hospitalar, provavelmente causadoras de danos evitáveis à pessoa em situação crítica.

Em geral, os estudos incluídos nesta revisão (presente nos apêndices) permitem chegar à conclusão de que a comunicação, principalmente no processo de transferência do doente emergente, deve ser estudada, melhorada e estruturada, utilizando para isso possíveis ferramentas adaptadas.

É reconhecido o importante papel do enfermeiro, isto é, observa-se a diminuição da qualidade/eficácia do processo de transferência de informações do doente emergente quando realizado por equipas pré-hospitalares não compostas por enfermeiros. Ressalva-se a importância da padronização, incluir esta necessidade na oferta formativa e seu percurso, visto que a colaboração/participação pode ser realmente esclarecedora e facilitadora de intervenções e estratégias futuras.

É no estudo de Di Delupis et al (2014) que verificamos a necessidade de informação partilhada, pois na grande maioria das vezes o processo de transferência parece ser pobre e é surpreendente observar que nessa fase temos quase sempre um relatório escrito, mas sem oralidade, o que se traduz em diversos casos na demora da interpretação das situações. Neste âmbito, e para clarificar qual a responsabilidade do enfermeiros nos cuidados pré-hospitalares, e reforçando o enunciado de posição na Ordem dos Enfermeiros no qual refere que as intervenções do enfermeiro no pré-hospitalar deverão "garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e /ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referencia, assegurando a prestação dos cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais". Está claro que o enfermeiro é responsável pelos cuidados ministrado até à passagem de toda a informação clínica de maneira formal (relatório escrito e comunicação verbal) ao colega do serviço de destino, seguindo metodologia ABCDE que só cessa quando confirmação de efetividade.

Devemos ser rápidos na decisão e devemos limitar-nos as nossas competências, mas não devemos parar de nos afirmar profissionalmente e para obter maior resultados é importante os enfermeiros identificarem lacunas na sua formação específica, identificarem as indefinições na regulação da sua própria atividade, definir estratégias que diferenciam o cuidar dos enfermeiros, nomeadamente nestas situações, evidenciado o trabalho de equipa, de modo a centralizarmos foco no nosso doente emergente.

A experiência do enfermeiro, referido no estudo de Bosse et al(2014), nos cuidados pré –hospitalares e hospitalares também se revela importante, aumentando a capacidade de liderança e articulação funcional entre os atores.

O conhecimento teórico é uma ferramenta poderosa para antecipar e explicar cada situação de cuidados, devendo por isso apoiar e sustentar toda a prática de enfermagem (Benner, Tanner & Chesta, 2009).

Torna-se assim prioritário uma constante atualização de conhecimento por parte dos enfermeiros, de forma a poderem desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, prática essa que decorre nos direitos do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios (OE, 2015).

Não se questiona a preponderância do fator tempo neste processo de deteção-transmissão-encaminhamento-tratamento, por isso é importante a constante conjugação/colaboração das diversas equipas, tanto por uma questão de necessidade de tratamento imediato, como de todas as intervenções até à tão desejada ICP primária.

É prática comum designar os doentes com desconforto torácico persistente e outros sintomas de isquemia associados e com elevação do segmento ST, pelo menos em duas derivações contíguas, como doentes com EAMcST. Embora a doença cardíaca isquémica se desenvolva em média 7 a 10 anos mais tarde nas mulheres, comparativamente com os homens, não deixa de ser uma das suas principais causas de morte. A SCA ocorre 3 a 4 vezes mais em homens especialmente abaixo dos 60 anos, do que nas mulheres, onde, no entanto, após os 75 anos se torna mais dominante (EugenMed et al,2016). As mulheres tendem a apresentar mais frequentemente (30%) sintomatologia atípica (Brieger et al, 2004) e a recorrerem a ajuda diferenciada mais tarde que os homens (Radovanovic, et al, 2012). Torna-se por isso, extremamente importante, manter um alto grau de alerta, para a existência desse tipo de sintomatologia, indiciadora muitas vezes de doença coronária isquémica (Ibanez et al, 2017).

### **1.3. Metodologia Trabalho – Projeto**

#### **1.3.1. Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação é a primeira das etapas da Metodologia de Projeto, cuja finalidade é realizar “um mapa cognitivo sobre a situação, problema identificado, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010. p. 10).

O doente crítico em contexto de urgência engloba uma diversidade de situações e circunstâncias complexas de doença, que requerem cuidados diferenciados e altamente eficientes, vigilância rigorosa e controlo de sinais e sintomas diversificados.

A intervenção especializada de enfermagem na pessoa com Síndrome Coronário Agudo (SCA) e a comunicação no interface pré-hospitalar e intra-hospitalar é uma atividade de elevada importância, uma vez que o seu insucesso ou ineficácia pode pôr em causa a sobrevivência e a capacidade de reabilitação do doente. Os enfermeiros assumem-se como elementos da equipa multidisciplinar com grande destaque

no cuidado a este tipo de doentes, tendo uma grande responsabilidade neste processo. O ponto de partida relativamente a este tema surge inicialmente pela considerável admissão de doentes com Síndrome Coronário Agudo (SCA) e Vias Verdes Coronárias (VVC) ativadas no Serviço de Urgência, nomeadamente naquele onde se direccionou o presente estudo.

De forma a responder a esta inquietação e compreender inteiramente a problemática, há a necessidade de formular um diagnóstico de situação, respeitando os dados fornecidos e pelas entrevistas informais efetuadas neste contexto. Neste âmbito, as entrevistas informais com o enfermeiro Tutor e com a equipa foram determinantes para refletir sobre temas suscetíveis de ser um benefício para a melhoria dos cuidados, bem como para o desenvolvimento do projeto.

Neste momento específico, seja no pré-hospitalar ou na porta de entrada da unidade hospitalar (Triagem), os enfermeiros são os profissionais na primeira linha de contato com a pessoa com EAMcST, e assim podem influenciar de forma decisiva o tempo que decorre até à terapêutica de reperfusão (Farwell, 2010; Martin et al., 2014; Underwood et al., 2009).

É fundamental existir espaço para o critério clínico, o raciocínio clínico e tomada de decisão do enfermeiro, que não se resumem apenas a cálculos racionais de sintomas ou sinais (Benner, 2001), pois nem todas as pessoas com suspeita de EAM apresentam dor, o que torna ainda mais determinante a avaliação que o enfermeiro faz, que tem necessariamente de ir mais além do que a análise dos sinais e sintomas que a suspeita de EAM apresenta.

O conhecimento clínico que o enfermeiro adquire através da experiência, sensibiliza-o para possíveis questões e preocupações em situações particulares (Benner, 2009) e é uma ferramenta valiosa na abordagem à pessoa com EAMcST. A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com EAMcST ao longo deste estágio permitiu-me consolidar e desenvolver competências não só ao nível de antecipação dos focos de instabilidade, mas também ao nível da gestão dos protocolos terapêuticos complexos, tanto na prestação de cuidados à pessoa com EAMcST como àquela com instabilidade hemodinâmica, levando-me a reconhecer eventuais complicações e à implementação de respostas adequadas.

O rápido encaminhamento da pessoa com suspeita de EAM da triagem para a “box” da VVC (Via Verde Coronária), para rápida realização de ECG, promove a avaliação precoce pelo médico e acelera o diagnóstico final, contribuindo decididamente para diminuir o tempo de realização, em caso de necessidade, da ICP primária (Underwood et al., 2009). A prestação de cuidados neste âmbito no pré-hospitalar e no intra-hospitalar permitiu constatar que a equipa está envolvida e sensibilizada para a necessidade da rapidez da atuação e de que o EAMcST é uma emergência – o prognóstico depende irremediavelmente do fator tempo (Ibanez et al., 2017); é importante que a comunicação efetiva clínica

seja clara, concisa e correta. Sem dúvida que é fundamental a preparação adequada dos enfermeiros quanto às características e domínio dos algoritmos de atendimento à pessoa com suspeita de EAMcST (Palmeira & Machado, 2011; Underwood et al., 2009), sendo uma prioridade o conhecimento destes sobre a sintomatologia atípica que pode estar presente, mas também se torna fundamental que toda a informação seja transmitida, que se assegure que toda a gente recebeu e entendeu a informação, e que as decisões futuras sejam tomadas, consoante essa informação.

No decorrer do estágio e orientando para o meu tema do relatório, fui atentando o desenrolar das situações clínicas nomeadamente dos doentes com Síndrome Coronário Agudo (SCA), mais especificamente o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). O enfermeiro que está no posto de Triagem deteta ou recebe a situação, ora do domicílio e acompanhado pela equipa do pré-hospitalar, ora pelo próprio pé; o enfermeiro após a sua triagem e verificação de dor torácica de origem não traumática com menos de doze horas de evolução ativa a respetiva VVC e solicita ao técnico de Eletrocardiografia a realização do respetivo Eletrocardiograma (ECG); depois disto, rapidamente o assistente operacional encaminha o utente/doente para o sitio/box destinada para as Vias Verdes onde é realizada a troca de informação e a comunicação de dados que podem ser relevantes para o *outcome* da pessoa. As equipas têm efetivamente meios tecnológicos para a transmissão dessa informação, **mas não existe algo que garanta a real efetividade desta comunicação clínica**. Colocado o problema, podemos dizer que a formação pode efetivamente ter um impacto significativo e direto no desempenho dos enfermeiros, principalmente na pessoa em situação crítica e na atuação em casos decorrentes e em que a importância da uniformização dos métodos é fulcral. Desta forma, a formação colmata as lacunas existentes neste tipo de abordagem e proporciona um entrosamento e melhor desempenho por parte de todos profissionais envolvidos.

Por isso e após discussão do assunto com os enfermeiros que constituem a equipa do SU, obtendo um retorno positivo sobre o tema, bem como junto do Enfermeiro-Chefe, assegurando a sua pertinência e validação, decidi a realização de uma grelha de observação do momento específico da pessoa com Síndrome Coronário Agudo na interface do pré-hospitalar e intra-hospitalar, com o objetivo de observar de forma imparcial e isenta de juízos de valor a dinâmica e aplicação dos procedimentos baseados em protocolos e *guidelines*; bem como de uma análise SWOT.

Para analisar os procedimentos e conhecimentos dos enfermeiros recaí sobre o método de observação direta e descritiva da realidade observada, através da aplicação de uma grelha de observação, porque de acordo com Quivy & Campenhoudt (2003, p. 199) “[...] a autenticidade relativa dos acontecimentos em comparação com as palavras e com os escritos. É mais fácil mentir com a boca do que com o corpo”.

Assim, a grelha de observação, construída a partir do Protocolo específico da Via Verde Coronária e do Protocolo intra-hospitalar da Via Verde Coronária do Hospital onde decorreu o estágio, bem como de pesquisas relacionadas; e foi aplicada no decorrer do estágio e nas situações específicas da pessoa com Síndrome Coronário Agudo (SCA) que davam entrada na unidade hospitalar via Serviço de Urgência (SU), pelo próprio pé ou acompanhada com a equipa de emergência do pré-hospitalar, rapidamente encaminhadas para a box da Via Verde Coronária.

**Tabela 6** - Grelha de observação

<b>INDICADORES</b>	<b>Observado</b>	<b>Em parte, observado</b>	<b>Não observado</b>
Autonomia			
Monitorização cardíaca precoce			
Avaliação da Dor			
Colocação de CVP no membro superior esquerdo			
Efetua colheitas de sangue (bioquímica/hemograma/coagulação)			
Comunicação eficaz entre profissionais e equipa multidisciplinar			
Assegura comunicação/registo da terapêutica realizada no pré-hospitalar			
Assegura administração de terapêutica até e durante realização do cateterismo cardíaco			
Prepara o doente para transporte intra-hospitalar (Laboratório Hemodinâmica)			
Tem disponibilidade para aprendizagem contínua			
Gere os recursos humanos eficazmente			
Tolerância ao stress			
Estimula o trabalho de equipa			

É importante definirmos de forma concreta cada indicador, com o objetivo de observar concretamente e de saber exatamente aquilo que estamos a observar de forma prática e imparcial.

Inicialmente pretendia-se que a grelha fosse aplicada a 10 dos enfermeiros da unidade, no entanto só foi possível aplicar a 5 enfermeiros devido a diversos constrangimentos:

- I. No período de aplicação da grelha de observação, vários eram os enfermeiros que orientavam alunos da licenciatura ou do mestrado que participavam e interferiam no momento da observação;
- II. Uma vez que a aplicação da grelha de observação decorria no período do próprio turno era, por vezes, impossível a observação do momento durante as 12 horas do turno.

Desta forma a grelha de observação foi aplicada a 5 enfermeiros no período compreendido entre 29 de maio e 3 de julho de 2017.

**Autonomia:** os sistemas sociais que proporcionam competências transversais e generalizáveis, criam estruturas e fatores de oportunidade, fornecem recursos de suporte, e ainda permitem espaço para a autonomia individual, potenciando desta forma as hipóteses de cada pessoa se realizar naquilo que deseja (Bandura A., 1989; 1996). O conceito de autonomia, aparentemente simples, é de fato complexo, o que exige de certa forma uma abordagem mais ampla.

No campo da enfermagem o conhecimento científico implica uma autonomia de ação, na medida em que proporciona a separação de uma prática tradicional baseada no empirismo e na repetição constante de procedimentos sem um suporte teórico suficiente e adequado aos desafios e dilemas enfrentados no dia a dia com a restante equipa multidisciplinar, utente/família e a instituição a que pertence (Gomes, 2005). Ao adotar uma postura própria da enfermagem o enfermeiro está a apostar na promoção da sua autonomia, sendo que aquela postura, deve implicar mudança. A mudança de comportamentos, atitudes e conceção da própria profissão (Adam, 1994). Considerando que a autonomia dos profissionais de enfermagem é muitas das vezes confundida com o trabalho autónomo ou autonomia do grupo profissional, é fulcral perceber que a autonomia profissional decorre do reconhecimento por parte da sociedade de que a enfermagem disciplina e profissão coloca o utente no centro da sua atenção e os seus interesses como ponto de partida para a tomada de decisão.

Define-se facilmente como a capacidade de gestão de situações/controlo da situação, é quando os indivíduos são também envolvidos nas decisões inerentes à prática profissional, o que indica que têm a autonomia para resolver problemas ou para fazer escolhas que permitam alcançar resultados pelos quais serão responsabilizados mais tarde. A otimização do trabalho, a delegação das tarefas/funções pela equipa são alguns dos exemplos dessa capacidade.

**Monitorização cardíaca precoce:** quando o utente dá entrada no hospital por dor torácica com início inferior ou igual a doze horas é abordado/triado como Via Verde Coronária, logo, existe a alta suspeita de que esteja a ocorrer algum evento coronário, pelo que a monitorização cardíaca precoce é determinante e importantíssima, pois, o risco de ocorrer alguma alteração no ritmo cardíaco é elevado e assim, fica assegurado que aquela monitorização cardíaca nunca irá ser negligenciada. Posto isto, o utente deve ser rapidamente posicionado na box das Vias Verdes e monitorizado com monitor-desfibrilhador, com frequência cardíaca, eletrocardiografia, pressão arterial e saturações de oxigénio.

**Avaliação da dor:** a dor constitui-se, efetivamente, como um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde, sendo que os serviços de Urgência recebem diariamente um número extremamente elevado de pessoas com dor, associada ou não a um fator desencadeante específico (DGS, 2008a; lewén et al., 2010; IASP, 2011; Souza et al., 2012; Bergman, 2012; Sokoloff et al., 2014; Pretorius et al. 2014; Dale & Bjorsen, 2015). Por norma, o primeiro contato da pessoa com dor com um profissional de saúde é no momento da triagem. Sendo o registo sistemático da intensidade da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito da pessoa e um passo fulcral na qualidade dos serviços de saúde, a DGS estabeleceu a dor como 5.º sinal vital, contemplando que a dor deve ser avaliada e registada ao mesmo tempo que os outros sinais vitais (DGS, 2003). Uma avaliação sistematizada e individualizada da dor, assim como um registo pormenorizado da mesma, são aspetos cruciais para um início precoce e personalizado da abordagem terapêutica junto da pessoa com dor, assim como para a continuidade dos cuidados e maximização da resposta assistencial multidisciplinar (DGS, 2003; IASP, 2011). Avaliar a dor diz respeito à descoberta da natureza e significado da experiência dolorosa, através de um conjunto de informações designadas de história da dor, que compreendem: tipo de dor, duração, intensidade, estímulos que a originaram, fatores de agravamento e alívio, resposta à dor, padrão de *coping*, interferência nas atividades de vida diária, entre outros. A avaliação torna-se assim essencial na identificação e quantificação da dor, na formulação dos diagnósticos e no planeamento dos cuidados (OE, 2008; WHO, 2012).

**Colocação de Cateter Venoso Periférico (CVP):** segundo o protocolo intra-hospitalar da Via Verde Coronária (VVC), o cateter venoso periférico deve ser colocado, preferencialmente no membro superior esquerdo, tudo por uma questão de logística e localização da maca do utente no laboratório de hemodinâmica, o que facilitará a abordagem da artéria radial direita na coronariografia e angioplastia.

**Efetua colheitas de sangue (bioquímica/hemograma/coagulação):** segundo o protocolo intra-hospitalar da Via Verde Coronária (VVC), o utente deve realizar estudo analítico durante esta abordagem, de forma a perceber e quantificar principalmente os marcadores da necrose miocárdica, dados importantes no diagnóstico e *outcome* do utente com Síndrome Coronário Agudo (SCA).

**Comunicação eficaz entre profissionais e equipa multidisciplinar:** numa situação em que a celeridade, o “barulho” do cenário e do momento em si, torna-se fundamental que a informação

transmitida entre o emissor e o recetor seja muito clara, o que quer dizer que todos os intervenientes devem perceber perfeitamente aquilo que foi transmitido e que cumpra as indicações profanadas ou vice-versa. Temos de neste momento, ter a capacidade de liderar, saber ouvir, mas também fazendo-se valer da mesma informação para melhorar a dinâmica do trabalho, nomeadamente na situação clínica em que se encontra o utente, por isso, priorizando o que é prioritário, fomentando desta forma a coesão grupal no que à comunicação diz respeito. O que se pretende é melhorar o desempenho dos profissionais o que paralelamente nos traz mais assertividade e monitorização direcionada às necessidades do utente. A finalidade é suprimir falhas, que possam existir na comunicação ou na ausência dela, suprimir atrasos na preparação e administração de terapêutica, na monitorização do utente, na preparação do transporte do utente para realização de MCDT's e/ou transferência intra ou inter-hospitalar, o que no caso específico e em questão, o habitual é o rápido encaminhamento para o Laboratório de Hemodinâmica para angioplastia/coronariografia. Importante garantir que todos os elementos da equipa perceberam as tarefas que lhes estão atribuídas de forma clara e sem lugar a equívocos.

**Assegura comunicação/registo da terapêutica realizada no pré-hospitalar / Assegura a administração de terapêutica até e durante realização do cateterismo cardíaco:** segundo o protocolo intra-hospitalar da Via Verde Coronária (VVC), deve ser garantida a administração da terapêutica – AAS, Ticagrelor ou Clopidogrel e Heparina não fracionada; quer seja no pré-hospitalar, quer seja no intra-hospitalar. O importante é garantirmos um registo (no respetivo exemplar do Protocolo Interno) da administração da terapêutica (dosagem, data e hora), para que, e após o diagnóstico célere, o especialista cardiologista decida se é necessário a administração de mais ou outra terapêutica para a clínica observada. Devemos mantermo-nos com o doente até finalizar o procedimento no laboratório de hemodinâmica, conhecendo todas as atitudes prévias sendo um ponto importante a favor. Durante a realização do cateterismo, o utente pode experienciar vários sintomas, bem como apresentar alteração súbita de ritmo, num ritmo ainda mais patológico e letal, por isso, torna-se fundamental tanto a nossa presença, como o conhecimento, o registo e o manuseio da terapêutica nos casos específicos que estamos a falar.

**Prepara o doente para transporte intra-hospitalar (Laboratório Hemodinâmica):** segundo o protocolo intra-hospitalar da Via Verde Coronária (VVC), o utente deve ser preparado para a realização do procedimento de coronariografia urgente (cateterismo cardíaco), ou seja, deve ser verificada a permeabilidade de acessos venosos, verificar a pulseira de identificação (que também deve ser colocada

no membro superior esquerdo) e o utente deve ser vestido apenas com uma bata de bloco. Ainda, se possível, proceder a tricotomia na região inguinal direita para acesso femoral direito ou no punho ventral direito para acesso radial direito. Durante este processo, o transporte deve ser assegurado com o utente devidamente monitorizado e acompanhado por equipa multidisciplinar até ao laboratório de hemodinâmica, onde estará a equipa de hemodinâmica para realização do procedimento.

**Tem disponibilidade para aprendizagem contínua:** os tipos de resultados que as pessoas antecipam às suas ações dependem do julgamento feito sobre a sua capacidade de agir em determinadas situações: aquelas que se julgam altamente eficazes irão esperar resultados favoráveis das suas ações, o oposto do que ocorre com indivíduos com baixa crença de autoeficácia (Nunes, 2008). Bandura (2001), conceitua o desempenho como a maneira pela qual o indivíduo soluciona os seus problemas, portanto, um bom desempenho académico, envolve, basicamente, o ato de solucionar problemas de maneira eficiente – o autor defende que o principal fator do desempenho, além da capacitação serão as crenças pessoais de autoeficácia e de avaliação posterior ao desempenho. É imprescindível, é fulcral, é a característica base de qualquer profissional de enfermagem e nomeadamente o enfermeiro especialista pressupor a sua aprendizagem em pesquisas, estudos e atualizações constantes, dotando-o de conhecimentos teórico-práticos fundamentais na sua prática, que se traduz num bom desempenho profissional perante o doente crítico.

O profissional deve estar atualizado relativamente a procedimentos e protocolos atuais, bem como utilizar o *debriefing* perante os casos práticos do doente crítico.

**Gere os recursos humanos eficazmente:** é da responsabilidade do enfermeiro especialista assegurar a distribuição uniforme e viável da equipa para dar resposta a estas situações, de forma a assegurar a continuidade da vigilância e do acompanhamento da equipa até onde o utente precisar. Tem de ser planeado e previsto um plano de ação, até porque podem-se verificar mais que uma Via Verde Coronária em simultâneo, o que obriga a ginásticas importantes para recolocar e ajustar os elementos da equipa, de forma a garantir o mesmo tratamento a todos os utentes.

**Tolerância ao stress:** a perceção de uma situação adversa por não ser tão stressante quanto a crença na ineficácia pessoal para administrá-la (Barrera, 2010); as crenças pessoais nas próprias capacidades também estão relacionadas aos processos afetivos, influenciando o nível de stress e ansiedade

experimentados frente a situações percebidas como ameaçadoras. Pretende-se observar a coesão e gestão das opiniões, respeitando de forma coesa o tempo e assegurando o bem-estar do doente crítico.

**Estimula o trabalho de equipa:** a capacidade de gerir os elementos de equipa, com a delegação de funções, evitando “atropelos” no desempenho dos profissionais envolvidos. A distribuição das tarefas deve ser assegurada, bem como a clarificação das mesmas. O estímulo motivacional, o estilo comportamental também é decisivo, para fazer com que o objetivo seja apenas um, o bem-estar do utente.

Para um conhecimento mais aprofundado da dimensão do fenómeno em análise, procedemos a uma observação não participativa, onde como refere Ruivo, et al. (2010) “pode-se observar comportamentos diretamente”. Com base no circuito definido na Via Verde Coronária (VVC) implementado no SU, foi construída uma grelha de observação, refletindo todos os elementos fundamentais que compõem a Via Verde Coronária implementada.

Com a finalidade de descrição e compreensão da grelha de observação supramencionada e apresentada, foi completado conforme os casos clínicos (em apêndices), explanado e analisado.

A explicação dos casos conforme preenchimento da grelha de observação:

### **CASO Clínico 1**

Neste caso, após a realização da triagem e consequente ativação da Via Verde Coronária (VVC), podemos considerar que a Monitorização cardíaca precoce poderia ter sido ainda mais célere e precocemente instalada, não devendo aguardar a chegada do técnico de Eletrocardiograma (ECG) para a finalizar ou executar. É determinante que exista um registo informático da terapêutica administrada, quer no pré-hospitalar quer no intra-hospitalar, apesar de, por vezes, não estar devidamente prescrita (pela necessidade da celeridade e rapidez da intervenção), mas devemos nestes casos, colocar o mais rápido possível em notas de enfermagem. Por vezes os assistentes operacionais estão sobrecarregados, mas teremos de os sensibilizar que nestas situações específicas é importante e determinante serem ágeis, colaborantes e presentes, pois o transporte/mobilização, a intercorrência, as instabilidades hemodinâmicas do doente podem-se instalar a qualquer momento. O transporte para o laboratório de hemodinâmica pode acontecer a qualquer momento. O trabalho de equipa é algo fundamental, que foi em parte observado, porque faltou envolver os diversos elementos da equipa multidisciplinar em prol do melhor *outcomes* do doente.

## **CASO Clínico 2**

No caso, o doente vem do pré-hospitalar com o diagnóstico realizado (pela equipa médica e enfermagem da VMER) de síndrome coronário agudo (SCA), o que torna ou deve tornar as coisas de certa forma mais céleres. O enfermeiro e a equipa, apesar de tudo, não devem desvirtuar-se nem desleixar-se no que toca à receção da informação, pois as equipas do pré-hospitalar podem ter de se ausentar a qualquer momento, por isso, a fulcralidade de registar ou anotar o que foi ou não foi feito no ambiente pré-hospitalar. Verificamos que não ocorreu de forma total ou em parte observado o registo das intervenções e da terapêutica realizada tanto no pré-hospitalar como no intra-hospitalar. É importante salientarmos a efetuada boa gestão de recursos, pois, salvaguardou sempre o bom funcionamento da Unidade de Decisão Clínica (UDC) não tendo que se ausentar nenhum enfermeiro.

## **CASO Clínico 3**

Em semelhança com o caso anterior, o facto de o doente vir devidamente acompanhado e monitorizado pela equipa do pré-hospitalar e já com o diagnóstico feito, não pode ser sinónimo de intervenções que deixem de existir, deve ser realizado o registo da terapêutica e intervenções realizadas, que não o foi, provavelmente porque o doente chegou na maca das equipas do pré-hospitalar e seguiu diretamente para o laboratório de hemodinâmica, não havendo uma total assunção da situação. Não deixou de ser uma breve PIT stop na unidade de decisão clínica (UDC).

## **CASO Clínico 4**

Neste caso, verificamos que não observamos a monitorização da dor, tanto pela equipa pré-hospitalar como da equipa hospitalar. Em grande parte dos casos, como explicamos, a dor é a razão pelo qual os utentes/doentes se deslocam aos serviços de urgência ou serviços de saúde. As equipas devem estar sensibilizadas para esta valorização. Verificamos também que não se assegurou a comunicação e registo das intervenções e terapêutica realizada no ambiente pré-hospitalar e hospitalar.

## **CASO Clínico 5**

Neste caso, verificamos que a monitorização precoce não foi tao célere quanto devia ser, apesar da preocupação inicial com a dor, este aspeto foi desvanecendo ao longo da situação. Mais uma vez,

em jeito de semelhança com os outros casos, não se observou o registo total das intervenções e terapêutica realizada nos ambientes pré-hospitalar e hospitalar.

Os dados recolhidos nesta etapa da observação participativa foram de encontro ao mencionado pelos enfermeiros nas entrevistas informais previamente realizadas, tendo desempenhado um papel determinante na definição do nosso diagnóstico de situação.

De forma a sustentar a problemática real abordada, foi realizada uma análise SWOT, eleita pela sua simplicidade e fácil adaptação a diversos temas. Com o objetivo de visar o levantamento de dados importantes, caracterizando o ambiente interno em forças e fraquezas e o ambiente externo em oportunidades e ameaças, de forma a produzir um possível planeamento de estratégias, conforme figura a seguir.

**Tabela 7** - Análise SWOT

<p style="text-align: center;"><b>S</b> <b>(Forças)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>W</b> <b>(Fraquezas)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>O</b> <b>(Oportunidades)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>T</b> <b>(Ameaças)</b></p>
<p>Equipa jovem; adere facilmente a novos projetos; experiência em atuação no doente crítico; oportunidade em melhorar a prestação de cuidados ao doente com SCA (Síndrome Coronário Agudo)</p>	<p>Elementos recém-admitidos na equipa; falha na identificação precoce do doente com SCA; desconhecimento do protocolo interno da instituição; falta de formação na temática</p>	<p>Desenvolvimento tecnológico e da rede hospitalar na área específica; referenciação de experiências de sucesso como estratégia de desenvolvimento do SU; aumentar indicadores de qualidade no tratamento do SCA desde pré-hospitalar ao intra-hospitalar</p>	<p>Número crescente de doentes com SCA; aumento da afluência de utentes aos SU; banalização desta emergência médica específica</p>

Existem efetivamente protocolos internos na instituição relacionados com o tema, mas denota-se, para além do observado e das entrevistas informais à equipa, que é importante a atualização constante dos conhecimentos, formações prévias e mais sessões de esclarecimento às equipas. Neste caso, a análise SWOT funcionou mais numa espécie de reflexão organizacional, permitindo planejar projetos para o futuro, tendo com ponto de partida os fatores positivos e negativos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010; Santos et al.,2007).

Relativamente às Forças, é observado que a equipa do SU é jovem, dinâmica e que olha para os projetos novos e futuros de forma positiva, participando e olhando-os como uma oportunidade de crescimento,

pessoa e organizacional. Apesar de jovem, são profissionais já com alguma ou em alguns casos, muita experiência no que ao doente crítico diz respeito; mas como em diversas organizações de saúde, os recém-admitidos são uma realidade, o que pode introduzir alguns elementos não facilitadores de identificação da pessoa com SCA ou aquisição/implementação do protocolo interno da instituição no caso específico, podendo ser analisado como uma Fraqueza. Como já explanado ao longo do trabalho, é visível o avanço tecnológico relativamente ao SCA e sua resolução, mas também na rede de referência dos SCA, isto é, o encaminhamento rápido e lógico para hospitais específicos e com condições para o procedimento invasivo prioritário nestas situações – Oportunidades; o desconhecimento, a baixa literacia em saúde, o envelhecimento, o aumento das doenças crónicas, a baixa promoção da saúde e prevenção da doença, têm-se traduzido no que se tem visto e analisado, no aumento exponencial da afluência de utentes aos serviços hospitalares, nomeadamente aos SU, o que poderá, pela sobrecarga física/emocional dos profissionais olharem para a temática com uma espécie de banalidade, o que poderá ser uma das Ameaças.

Desta forma, emerge aqui a oportunidade de desenvolver um projeto que não só vai trazer ganhos em saúde para a população, corrigindo uma necessidade identificada, como potenciar toda a rede de cuidados, potenciar o *outcomes* do utente e melhorar/aprimorar/veicular o máximo de dados importantes, desde o pré-hospitalar até à instituição dos cuidados definitivos hospitalares.

### **1.3.2. Definição de Objetivos**

A definição dos objetivos de uma investigação permite determinar o que se pretende alcançar com o processo de estudo. Os objetivos podem ser gerais ou específicos, referindo-se os primeiros ao horizonte de trabalho, sintetizando a questão central da investigação; os específicos constituem-se como linhas orientadoras que mostram o caminho para alcançar a problemática da investigação (Pocinho, 2012).

Portanto, por tudo o que foi exposto, apresentam-se os objetivos escolhidos para dar resposta à investigação.

**Objetivo Geral:** Contribuir para uma melhor uniformização dos procedimentos dos profissionais na abordagem da Via Verde Coronária em contexto de urgência.

#### **Objetivos específicos:**

- Observar os comportamentos associados ao cuidado da pessoa com suspeita de SCA (Síndrome Coronária Aguda), em contexto de urgência e quando ativada a Via Verde Coronária;

- Contribuir para a formação da equipa de enfermagem do SU (Serviço de Urgência) no âmbito da uniformização de procedimentos em contexto de urgência e quando ativada a Via Verde Coronária;
- Elaborar algoritmo que potencie a comunicação, a sua efetividade e registo nos casos das Vias Verdes Coronárias;

Interessado pelo tema e permanecendo o interesse em sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância da comunicação e do registo desta comunicação nos casos já referidos, optou-se pelo desenvolvimento de uma intervenção que responda à problemática referida e identificada, definindo-se uma atividade de carácter formativo em serviço.

### 1.3.3. Planeamento do Projeto

Depois de garantir a escolha do tema, elaboração do diagnóstico de situação e a definição de objetivos, há que considerar o planeamento do PIS. Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), esta é a fase onde se constrói um plano de gestão de projeto, identificando-se as atividades, as estratégias e os recursos de maneira a proceder à execução eficaz dos objetivos. Desta forma, é importante organizar o cronograma (Apêndice I). Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), o cronograma corresponde à calendarização das atividades a serem desenvolvidas ao longo de todo o projeto, em que consta a data de início e fim das respetivas atividades. O objetivo do cronograma é orientar o trabalho que tem de ser desenvolvido, embora possa sofrer alterações uma vez que existem atividades que vão depender dos constrangimentos que possam ocorrer, assim como a disponibilidade dos profissionais envolvidos – processo iterativo e constante (Ruivo et al., 2010).

As atividades estão propostas na seguinte tabela:

**Tabela 8** - Planeamento atividades

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades Desenvolvidas</b>
Discussão e comunicação dos dados obtidos na grelha observação aplicada;	Formação Sectorial (equipa) em Serviço
Divulgar o conteúdo do algoritmo atualizado de forma a contribuir para as boas práticas e uniformização;	Formação Sectorial (equipa) em Serviço
Promover discussão e necessidades de alterações ao algoritmo/fluxograma, para uma maior uniformização.	Formação Sectorial (equipa) em Serviço

No que se refere aos recursos materiais, estão incluídos material informático como computador, bases de dados científicas, livros de referência, material de papelaria e material de trauma, como colares cervicais, plano duro, maca pluma, aranha e cintos. Em relação aos recursos financeiros, as despesas serão assumidas pelo investigador, entre elas as despesas de deslocação, material de papelaria, material informático e tempo despendido.

#### **1.3.4. Execução**

A etapa da execução do PIS é a etapa onde se dá corpo à projeção e onde se coloca em prática tudo o que foi definido anteriormente na fase de planeamento (Ruivo et al., 2010). A execução deste projeto focalizou-se em grande parte na consciencialização e formação dos profissionais, na tentativa de sensibilizar para a problemática em questão, isto é, temos de lutar pela uniformização de comportamentos e intervenções, a comunicação, o registo e o seguimento é fundamental nas situações da Via Verde Coronária e admitida no SU.

A pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, bem como as entrevistas informais realizadas junto dos profissionais que abordam o utente com SCA (Síndrome Coronário Agudo) permitiram assegurar o delinear de estratégias a desenvolver de forma a minimizar este problema nos variados contextos, respondendo eficazmente ao objetivo do estudo (Ruivo et al., 2010).

No mês de fevereiro, agendou-se uma reunião com o Enfermeiro-Chefe da unidade e programou-se a data, a hora e o local da atividade formativa, que seria nesta fase mais sectorial, ou seja, direcionada para uma equipa de enfermagem específica (na qual estou inserido), para posteriormente, se verificarmos essa necessidade, implementarmos às restantes equipas do SU. Por isso e como o futuro para isso encaminha e porque as novas tecnologias têm sido ferramentas indispensáveis, no que toca a dinâmicas de grupo, reuniões de equipa, sessões formativas, esclarecimentos de dúvidas e reuniões informais e casuais, a via online (*ZOOM*) foi a melhor opção para angariar/reunir os elementos da equipa, de forma a tentar não alterar muito o dia-a-dia que de si só já é complexo na vida dos profissionais de saúde de atualmente, que assumem variados papéis na sociedade e no seu seio familiar. O plano de sessão da formação (em apêndice) foi então elaborado e cumprido com sucesso, de salientar que o espaço destinado à discussão foi bastante interventivo e rico em sugestões e reflexões sobre a prática realizada e sobre o que realmente deve ser feito e repensado.

Antecipadamente, foi enviada aos elementos da equipa, os resultados obtidos na grelha de observação para posteriormente originar ou criar espaço à discussão durante a formação em equipa, de forma a consciencializar os profissionais e direcionar o objetivo para a uniformização.

Assim, no início da sessão formativa (apresentação da sessão em PowerPoint), que decorreu via ZOOM, com 10 enfermeiros, após a apresentação do tema e dos respetivos objetivos, procedeu-se à apresentação dos resultados obtidos na grelha observação aplicada, sem esquecer que antes desta apresentação de resultados, foram explicados ponto a ponto os indicadores/discriminadores da respetiva grelha e quais os resultados possíveis. Rapidamente se abriu espaço à discussão oral dos casos, onde grande parte da turma, se reviu e facilmente os coloca no seu dia-a-dia num turno realizado no SU. Depois de vários minutos em debate sobre os casos clínicos e aquilo que fora observado, achámos importante expor e evidenciar, apesar de ser um protocolo interno, o protocolo de atuação no caso da Via Verde Coronária, pois é importante os sensibilizarmos para o cumprimento do protocolo de forma minuciosa e para o cumprimento especialmente do registo de enfermagem, no que toca à interface do pré-hospitalar e o intra-hospitalar – não deixa de ser um dos objetivos primordiais desta sessão formativa. Muitos dos presentes sentiram-se algo apreensivos com os resultados apresentados, não só pelos resultados obtidos a partir da grelha de observação, que não são representativos, mas que de certa forma apresentam a prática onde alguns se revêm; mas também pela e com a problemática e pelos diferentes métodos de execução e procedimentos no doente crítico, no doente com SCA (Síndrome Coronário Agudo) e na ativação da VVC (Via Verde Coronária).

Na discussão prévia, poucos foram os que considerariam que a comunicação e o registo não eram bem compreendidos, mas após a sessão e explanação da grelha de observação, reviram-se e assumiam-se como influenciadores no que à prática e à comunicação diz respeito. O enfermeiro e a sua intervenção especializada são de elevada importância nesta interface, influentes na decisão, no encaminhamento e no tempo – e o tempo urge. Os momentos de interação dos enfermeiros foram ricos, com partilhas, com pontos de vista, até à referência da importância do papel do enfermeiro especialista na abordagem da pessoa em situação crítica potencialmente com SCA (Síndrome Coronário Agudo).

### **1.3.5. Avaliação**

A avaliação é um processo contínuo, dinâmico e rigoroso, sendo que, neste momento comparamos os objetivos inicialmente definidos com os objetivos atingidos, recorrendo a diversos instrumentos de avaliação. Nesta etapa podemos redefinir a análise da situação, os objetivos, ação e seleção dos meios, assim como a análise dos resultados. Fornece os elementos necessários para aprimorar a coerência, a eficácia e a eficiência do projeto (Ruivo et al., 2010).

Nesta perspetiva a avaliação da formação foi contínua e permanente, onde se realizaram avaliações sucessivas, que por vezes nos levava ao reajuste e à reavaliação e por isso nem tudo decorreu como planeado, mas considerámos que deu resposta ao desafio inicial.

Ainda com o objetivo de avaliar a atividade formativa adaptou-se o Questionário de Avaliação de Satisfação da formação do hospital onde decorreu o estágio (em apêndice) e aplicou-se posteriormente aos participantes da formação, aos quais se solicitou a resposta voluntária e em modo anónimo.

**Tabela 9** - Resposta ao questionário da formação

Questionário da formação	1 Discordo	2 Não concordo nem discordo	3 Concordo	4 Concordo total- mente
Os objetivos da formação foram claros.				10
Os conteúdos foram adequados aos objetivos.			4	6
A duração da formação foi adequada.			8	2
O relacionamento foi positivo entre os enfermeiros.				10
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados. A formação permitiu adquirir novos conhecimentos.				10
Os conhecimentos adquiridos são úteis para a prática e permitem melhorar o desempenho.				10
Os conhecimentos adquiridos contribuíram para o desenvolvimento profissional.				10
A formação permitiu adquirir novos conhecimentos.				10

### 1.3.6. Divulgação de Resultados

A divulgação dos resultados obtidos, depois da fase de execução do projeto, permite dar a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência do seu estudo e todo o percurso alcançado para solucionar o problema previamente identificado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Assim, o relatório em desenvolvimento vai ser divulgado no Repositório da Universidade do Minho, de fácil acesso à comunidade, de forma que seja possível a sua consulta e análise.

## **CONCLUSÃO**

Torna-se imperativo fazermos uma reflexão acerca deste caminho de aprendizagem e desenvolvimento contínuo. Os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem ao doente com SCA (Síndrome Coronária Aguda) requerem uma abrangência importante de conhecimento científico. Uma construção ao longo deste processo de uma nova perspetiva sobre o cuidado à pessoa em situação crítica, contribuindo para a qualidade e a excelência do cuidar, algo que foi permitido neste processo totalmente relacionado com o estágio final, pois foi exatamente isso que nos permitiu esse novo alicerce.

Não podemos seguir e não fazer referência ao ambiente facilitador e propício que nos deparávamos no estágio, o processo de aprendizagem era enriquecido vigorosamente, tal como a busca pelas respostas, as discussões construtivas e dinâmicas, os diálogos, a azáfama e a complexidade do serviço eram tão estimulantes e motivadoras – o empenho e a capacidade de partilha da equipa foram determinantes e fundamentais para o sucesso da etapa. O estágio teve como objetivo o desenvolvimento de competências na área de Especialização em PSC, concretamente ao nível da intervenção especializada de enfermagem à pessoa com EAMcST. Tendo por base os descritores de Dublin (Direcção-Geral do Ensino Superior & Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, 2013) e face ao percurso realizado exposto neste relatório, posso afirmar que desenvolvi competências de Mestre designadamente no que se refere à capacidade de compreensão, aplicação e comunicação do conhecimento, tomada de decisão e auto-aprendizagem. Em paralelo, este percurso teve também por base as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento no 122/2011, de 18 fevereiro) onde desenvolvi competências ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria continua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais e as competências específicas do enfermeiro especialista em PSC (Regulamento no 124/2011, de 18 de fevereiro), onde desenvolvi competências no cuidado à PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção; ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e ao nível da gestão de protocolos terapêuticos complexos; com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa com EAMcST, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento no 361/2015, de 26 de junho).

Conseguimos visualizar que em grande parte se deve aos enfermeiros a ativação de vários mecanismos organizacionais, nomeadamente na ativação da VVC (Via Verde Coronária), encaminhamento e abordagem adequada da pessoa vítima ou com suspeita de SCA (Síndrome Coronário Agudo), favorecendo assim o diagnóstico precoce e a rápida implementação de medidas interventivas indispensáveis e fulcrais para melhorar a morbilidade e mortalidade, assim como a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Continua a ser prioritário a implementação permanente de programas educacionais e de formação na área, no sentido de esclarecer a sociedade, mas também no sentido de promover o desenvolvimentos e manutenção das competências necessárias em todos os níveis de intervenção. Continua também a existir necessidade de estudar e analisar o impacto da atuação das equipas de pré-hospitalar, pois acreditamos que possa existir diferenças importantes no *outcomes* naqueles que contactam esses serviços e as que se deslocam de forma autónoma aos hospitais. Surgem assim, ideias para implementar medidas e esforços junto da população, na tentativa de melhorar o prognóstico destes doentes.

Presenciamos ao longo deste percurso de partilha, testemunhos reais da verdadeira importância do círculo de profissionais em que cada pessoa é valorizada e respeitada, nas suas funções, sem alegações de poder ou autoridade/estatuto. Sem dúvida que a formação a isso fomenta, ao desenvolvimento de competências e ao alargamento do “círculo” que é determinante nos quadros que nos propõem num serviço tão dinâmico como é a Urgência. Só com o trabalho de equipa, com o contributo e empenho de todos conseguimos estabelecer comunicações determinantes, onde comunicar é melhorar, onde a missão é mútua, onde de forma claramente humanizada conseguimos de facto identificar aquilo que realmente importa e faz sentido (Boykin et al., 2005) – foi isto que conseguimos vivenciar e experienciar ao longo deste percurso de desenvolvimento de competências, mas sem dúvida que o SU traz características únicas ao cuidado de enfermagem também à família da PSC, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática (Sá, Botelho & Henriques, 2015). O trabalho em equipa, a articulação interdisciplinar e entre instituições hospitalares são a chave para os melhores cuidados à pessoa e obtenção de mais ganhos em saúde - a existência de uma equipa multidisciplinar desempenha um papel essencial na abordagem e no tratamento da pessoa com SCA (Peterman & Bisgaard, 2010), sendo os enfermeiros, os profissionais na primeira linha de contacto com essas pessoas e, deste modo, os profissionais que podem influenciar decisivamente o tempo que decorre até à terapêutica de reperfusão.

No seguimento, relativamente ao tema escolhido para desenvolver no PIS (Projeto de Intervenção Serviço), preparamo-nos para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no decorrer do estágio,

de forma a trabalhar e explorar o tema, com o objetivo de transformar em positivo o contributo dado e também participar no desenvolvimento das minhas competências e da própria equipa de enfermagem. De salientar o enriquecimento das competências não técnicas, como a capacidade crítica/reflexiva, a comunicação e a escuta, a liderança, a gestão e a organização da equipa – apesar de conscientes da exigência em conhecimentos, formação e experiência para a aplicação dos cuidados à pessoa em situação crítica e mais concretamente no SCA, onde, como referido anteriormente, o enfermeiro se assume como protagonista nos mecanismos organizacionais dos serviços de urgência bem como na ativação da VVC (Via Verde Coronária).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-0702005000300008>
- Alarcão, I.; Tavares, J. Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. 2ªed.Coimbra: Edições Almedina. 2003. ISBN 978-972-40-1852-2
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinarity, clinical placements and development of competences. *Texto contexto - enferm.*, 14 (3), 373-382
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. RT 14/2019 <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/RecomendacoesTecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Allender, S.; Rayner, M; Leal, J; Laengo-Fernandez, R et al. European cardiovascular disease statistic. 2008 ed. Oxford: Department of Public Health, University of Oxford, 2007
- Antman E.; Hand M. Armstrong A. et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. *American Journal of Cardiology*. 2008. 51:210
- Bandura, Albert. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Recuperado de: <http://www.revistaevaluar.com.ar/effguideSpanish.htm>
- Barrera, S. D. (2010). Teorias cognitivas da motivação e sua relação com o desempenho escolar. *Poíeses Pedagógica*, 2(8), 19-175
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). Expertise in nursing practice caring, clinical judgment, and ethics (2aed.). New York: Springer Publishing Company
- Benner P.; Kyriakidis P. & Stannard D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care – a thinking – in action – approach (2ª ed. Vol.12). NewYork: Springer Publishing
- BETTANY-SALTIKOV, J. – How to Do a Systematic Literature Review in Nursing: A Step-By-Step Guide. Nova Iorque: Open University Press, 2012
- Boeroma E.; Mereado N.; Poldermans D., et al. Acute myocardial infarction. *Lancet*. 2003; 361:847-58
- Boykin A.; Burfin S.; Schoenhofer S.; Baldwin J. & McCarthy D. (2005). Living caring in practice: the transformative power of the theory of nursing as caring
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). Nursing as caring: a model for transforming practice. Massachusetts: National League for Nursing
- Braunwald E.; Antman E. Harrison; Medicina interna. 15ª Ed. McGaw-Hill. 2002. Vol I. 1466-1471

- Bruce, K. & Suserud, B.O. "The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses." *Nursing in Critical Care*, 10 (4), 201-209, 2005
- Caldwell, L., & Grobbel, C. (2013). The importance of reflective practice in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 319–326
- Circular Normativa n° 6 (2010). Departamento de Emergência Médica, Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P
- Collière, M. (1999). *Promover a vida* (2a ed.). Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Dale, J., & Bjørnsen, L. (2015). Assessment of pain in a Norway emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 1-5. doi:10.1186/s13049-015-0166-3
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série – n°35 - 18/02/11, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, n°124/2011
- Direção Geral da Saúde. (2008a). Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008, Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa, Portugal: Autor
- Direcção Geral da Saúde (DGS). (2014). Portugal-Doenças Cérebrocardiovasculares em números – 2014. Lisboa, Portugal. DC: Autor. ISSN: 2183-0681
- Direcção Geral de Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeccções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Dojmi Di Delupis F, Pisanelli P, Di Luccio G, Kennedy M, Tellini S, Nenci N, Guerrini E, Pini R, Gensini G.F (2014) Communication during handover in the pre-hospital/hospital interface in Italy: from evaluation to implementation of multidisciplinary training through high-fidelity simulation. *Intern Emerg Med* 9(5):575–582
- Dojmi Di Delupis, Niccolo, Mancini Tommasina di Nota, Paolo Pisanelli (2014), Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Intern Emerg Med* DOI 10.1007/s11739-014-1136-x
- Enunciado de Posição EP01/07 (2007). *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar*. Ordem dos Enfermeiros
- European Society of Cardiology (ESC). (2012c). EAM-STEMI. Recomendações para tratamento do enfarte agudo do miocárdio em doentes com elevação persistente do segmento ST . France. DC: Autor
- Farwell, A. (2010). Saving muscle: Evidence-based strategies for reducing door-to- balloon times for ST-segment elevation myocardial infarction patients. *Journal of Emergency Nursing*, 36(3), 231–237. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.021>
- Fernandes, Olga Maria Freitas Simões de Oliveira. 2004. *Entre a Teoria e a Experiência: Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico, no Hospital, no Curso de Licenciatura*. (Tese de Doutoramento). Faculdade Psicologia e de Ciências de Educação: Porto. Disponível: Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto

- Ferreira R. (2013). Enfarte do Miocárdio: Via Verde para a Vida. *Teste Saúde*. 102, 18-21
- Fortin, M. (1999) O Processo de Investigação: Da concepção à realização, Loures, Lusociência
- Haydt, R. (2011). Curso de Didática Geral. (1aed.). São Paulo: Ática
- Instituto Nacional de Emergências Médicas. 2020. Manual de Suporte Avançado de Vida. Versão 2.0 – 1a Edição 2020
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M., Bucciarelli, C., Bueno, H., ... Widimsky, P. (2017). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 00, 1–66. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Kolansky, D. Acute Coronary Syndromes: morbidity, mortality and pharmaco-economic burden. *Am J Manage Care* 2009; 15 (2suppl): 536-41
- Kumar, A; Cannon, CP. Acute coronary syndromes: diagnosis and management. Part I. *Mayo Clin Proc* 2009; 84(10): 917-38
- Lewén, H., Gardulf, A., & Nilsson, J. (2010). Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 764-771. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00774.x
- Lino I.; Garcia J. & Costa S. (2009). Via Verde Coronária – uma perspectiva da atuação pré-hospitalar. Lisboa, Portugal: INEM. ISSN 1645-3751. 25 (2009) 10
- Martin, L., Murphy, M., Scanlon, A., Naismith, C., Clark, D., & Farouque, O. (2014). Timely treatment for acute myocardial infarction and health outcomes: An integrative review of the literature. *Australian Critical Care*, 27(3), 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.11.005>
- Marques N.; Faria R.; Sousa P.; Mimoso J.; Brandão V. & Jesus I. (2012). Impacto da via verde coronária e angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(10), 647-654
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0534-9
- Ministério da Saúde (2014). Sistema Integrado de Emergência Médica. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11
- Ministério da Saúde (Comissão de Reavaliação da rede Nacional de Emergência/Urgência) - Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, Relatório CRRNEU. [Em linha]. Portal da Saúde, 2012. [Consultado em 1 de Novembro de 2013]. <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A440E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Fradellos: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia orientador de boa prática. Lisboa, Portugal: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. 2007a. Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de doentes críticos: Recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos (CELOM). Consultado em [http://www.spci.pt/docs/guiatransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/docs/guiatransporte/9764_miolo.pdf)
- Pereira H.; Pinto FJ.; Calé R., et al. Stent for life in Portugal: This initiative is here to stay. Rev. Port Cardiol. 2014; 33:363-70
- Pereira H.; Teles R.; Costa M.; Silva P.; Ferreira R.; Ribeiro V.; Almeida M. (2015). Evolução da intervenção coronária percutânea entre 2004-2013. Atividade em Portugal segundo registo nacional de Cardiologia de Intervenção. Revista Portuguesa de Cardiologia, 34, 673-681
- Purnell L. (2014). Guide to culturally competent health care (3ª ed.). Filadélfia: FA. Davis Company;
- Regulamento n.º 361/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 123/2015, Série II de 26 de junho de 2015
- Ribeiro, A. (2011). Controlo de Infecção. Tecno hospital. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43 (Janeiro/Fevereiro 2011), p.11. <http://www.tecnohospital.pt/noticias/revista-n43-janeiro-fevereiro-2011/>
- Rocha, Maria Lúcia. 2003b. Repensar a Enfermagem (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina: Porto. Disponível: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- Ruivo M. A., Ferrito C. & Nunes L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos no 15. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Saviato & Leão E. (2016) Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. Escola Anna Nery, 20 (1). 198-202. DOI: 10.5935/1414-8145.20160026
- Sheehy, S. (2011) Enfermagem de Urgência: da teoria à prática. 6ª Edição, Loures: Lusodidacta. P.823
- Silveira I.; Sousa MJ.; Rodrigues P., et al. Evolução e impacto do transporte pré-hospitalar em doentes com enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST. Rev Port Cardiol, 36 (2017), pp. 847-855
- Sousa P.; Jeles R.; Brito J.; Abecassis J.; Gonçalves P.; Calé R.; Mendes m. (2012). ICP primária no enfarte do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST: tempo para intervenção e modos de referência. Revista Portuguesa de Cardiologia, 31(10), 641-646
- Souza, C. C., Chianca, L. M., Diniz, A. S., & Chianca, T. C. (2012). Main complaints of emergency patients according to the Manchester protocol for risk classification. Journal of Nursing UFPE on line, 6(3), 540-548. doi:10.5205/reuol.2163-16218-1-LE.0603201207

- Steg PG.; James SK.; Atar D. et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2012; 33:2569-619
- Stent for Life. (2016). Número de Angioplastias Primárias aumenta em Portugal, mas vítimas de Enfarte Agudo do Miocárdio ainda desvalorizam os sinais e sintomas da doença
- Terkelsen CJ.; Sorensen JJ.; Maeng M., et al. System delay and mortality among patients with STEMI treated with PPCI. *JAMA.* 2010; 304:763-71
- Trigo, J.; Gago, P.; Mimoso, J.; Walter, S.; Marques, N.; Gomes, V.; Tempo de demora intra-hospitalar após triagem de Manchester nos Enfartes Agudos de Miocárdio com elevação de ST – Serviço de Cardiologia, Hospital Central de Faro, Faro, Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 2008; 27(10): 125-1259
- Trzeciak R. & Rivers E. (2003). Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency Medicine Journal*, 20, 402-405
- World Health Organization (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/gpsc/core-components.pdf>
- Underwood, J., Jordan, M., Lorenz, L., Monk, L., Printz, M., Starling-Edwards, S., & Roetting, M. (2009). The role of the emergency nurse in improving care of the patient with ST-elevation myocardial infarction: Perspectives of the race nurse leadership. *Journal of Emergency Nursing*, 35(4), 330–335. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.07.011>

# **ANEXOS**

## ANEXO I. Cronograma de Atividades

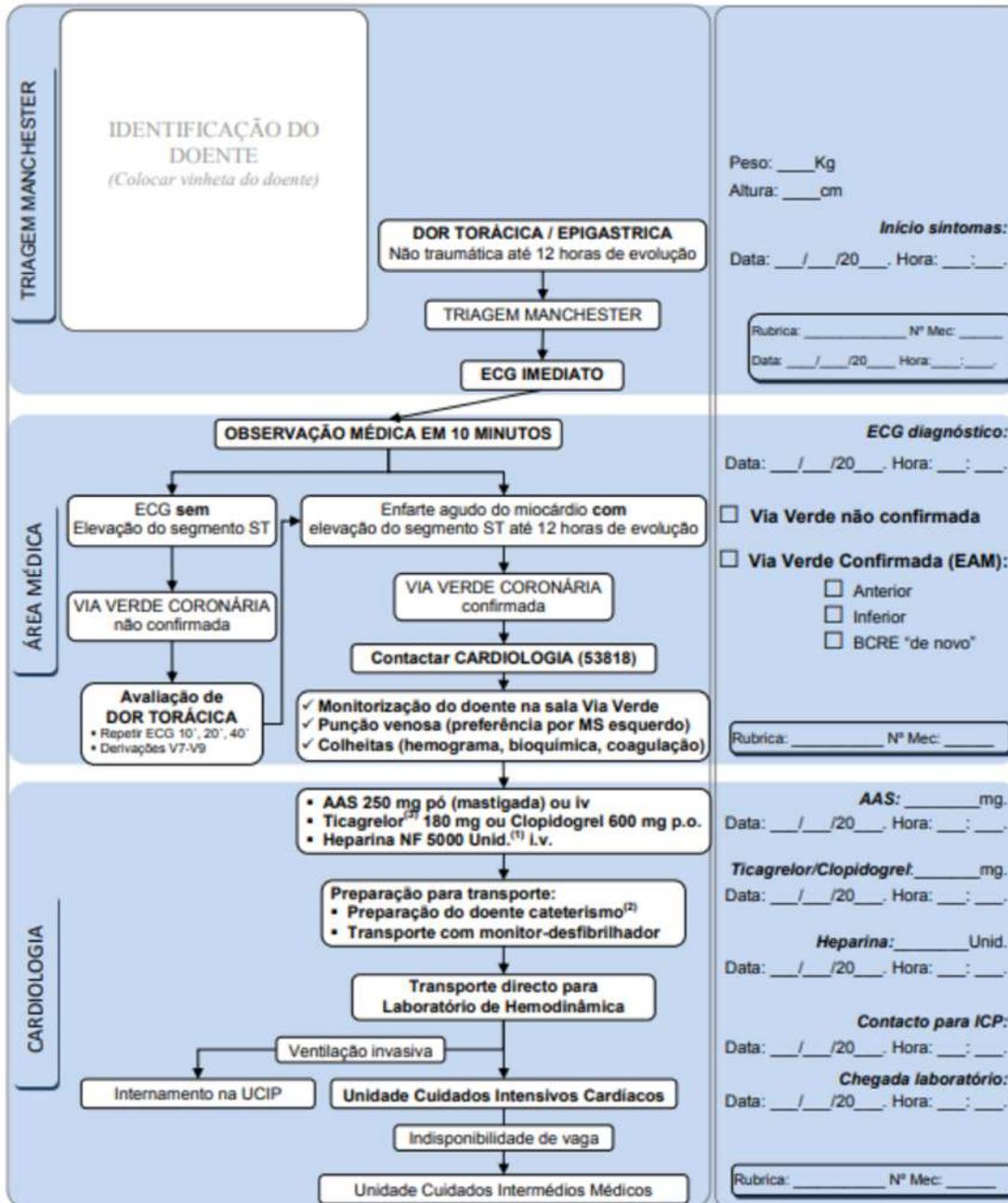
### CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Fases	Atividades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Diagnóstico situação e definição de objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>– Identificar necessidade a intervir;</li><li>– Realizar análise SWOT;</li><li>– Realizar pesquisa bibliográfica;</li><li>– Reunir com Enf. Chefe;</li><li>– Definir objetivos e reunir com orientador.</li></ul>					
Execução	<ul style="list-style-type: none"><li>– Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema;</li><li>– Construir grelha observação, após observação participante;</li><li>– Reunir com Enf. Chefe para agendar atividade formativa;</li></ul>					
Avaliação	AVALIAÇÃO					
Divulgação resultados	DIVULGAÇÃO RESULTADOS					

## ANEXO II. Protocolo da VVC (Via Verde Coronária) intra-hospitalar do Hospital



### VIA VERDE CORONÁRIA PROTOCOLO INTRA-HOSPITALAR



(1) Exceto se peso inferior a 50Kg; administrar 60-100unid/kg.  
(2) Vestir bata de bloco e realização de tricostomia na região radial e femoral direita.  
(3) Exceto em doentes hipocoagulados.

AAS Ácido Acetilsalicílico  
BCRE Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo  
EAM Enfarte Agudo do Miocárdio  
ECG Eletrocardiograma

ICP Intervenção Coronária Percutânea  
NF Não fracionada  
MS Membro Superior  
UCIP Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

## ANEXO III. Protocolo da VVC (Via Verde Coronária) específico do Hospital



PROTOCOLO ESPECÍFICO

PTC.SU.017.03

VIA VERDE CORONÁRIA

---

### 1. OBJETIVO

Identificar os doentes com enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST que recorrem ao Serviço de Urgência e/ou são referenciados por cuidados primários, clínicas privadas ou outras instituições prestadoras de cuidados de saúde ainda sem diagnóstico definido. Iniciar tratamento adequado de forma mais célere possível.

### 2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os profissionais do Serviço de Urgência e do Serviço de Cardiologia do Hospital de Braga.

### 3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Diretor do Serviço e ao Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência e ao Diretor do Serviço de Cardiologia a implementação deste protocolo.

### 4. REFERÊNCIAS E ABREVIATURAS

Critérios do Manual CHKS [2020]: 39.5.

ECG – Ecocardiografia

UDC – Unidade de Decisão Clínica

VVC – Via Verde Coronária

### 5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A implementação deste protocolo terapêutico do enfarte agudo do miocárdio permite diminuir a mortalidade e morbidade, mas também uma redução dos custos para a instituição. Assim, deve-se proceder do seguinte modo:

- O Enfermeiro que se encontra a fazer a Triagem de Manchester, na presença de doente com queixas de dor torácica ou epigástrica não traumática até 12 horas de evolução deve:
  - Iniciar o preenchimento do IMP.SU.008 – *Via Verde Coronária*;
  - Anexar ao IMP.SU.009 – *Admissão e Alta para Episódio de Urgência* do doente, enquanto existir;
  - Avaliar o peso e altura do doente por questionário ou se não for possível estimar estes parâmetros;
  - Pré-ativar a Via Verde Coronária (VVC), providenciando que seja feita avaliação médica em 10 minutos (prioridade laranja);

**VIA VERDE CORONÁRIA**

---

- O doente deve ser encaminhado para a cama de VVC na UDC adequada, providenciar, no caso de haver técnico de cardiopneumografia de serviço, a realização imediata de ECG. Se não houver técnico disponível, deverá ser o médico da área médica a realizar o ECG.
  
  - Em nenhuma circunstância este procedimento deve ser aplicado pelo enfermeiro a doentes que vêm transferidos de outros hospitais com acompanhamento médico e referenciados a Cardiologia.
    - Tratando-se de uma VVC transferida doutro hospital, o médico cardiologista de serviço já deverá ter conhecimento prévio, pelo que deve ser contactado de imediato (53818) para avaliar o doente no Serviço de Urgência, na sala da via verde ou se assim o entender enviar diretamente para a sala de hemodinâmica. Se a opção for a de enviar diretamente para a sala de hemodinâmica deverá o enfermeiro da triagem providenciar auxiliar que indique o percurso à equipa que acompanha o doente do hospital de origem;
    - No caso das vias verdes que são transferidas do Hospital de Guimarães, vêm geralmente acompanhados por cardiologista e devem ser encaminhadas diretamente para a sala de
-

**VIA VERDE CORONÁRIA**

- O doente deve ser preparado para realização de procedimento de coronariografia urgente (cateterismo cardíaco). Deve ser verificada permeabilidade de acessos venosos, a pulseira identificação deve ser colocada também no braço esquerdo e o doente deve ser vestido apenas com uma bata de bloco. Se possível proceder a tricotomia na região inguinal direita para acesso femoral e no punho ventral direito para acesso radial;
- Compete ao Cardiologista de serviço ativar a equipa de hemodinâmica para realização de coronariografia e eventual angioplastia primária;
- Sempre que, no decurso da avaliação dos doentes no Serviço de Urgência, seja detectada situação que cumpra os critérios de ativação de VVC (clínicos e eletrocardiográficos), posteriormente à Triagem de Manchester, deverá este mesmo procedimento ser aplicado a partir desse momento;
- O IMP.SU.008 – *Via Verde Coronária* deverá ser arquivado pelo Assistente Técnico do Serviço de Urgência em capa própria, localizada nos serviços administrativos da urgência, e levantado pelo Diretor do Serviço de Urgência a cada 8 dias.

**6. ANEXOS**

- IMP.SU.008 – *Via Verde Coronária* – Protocolo Intra-Hospitalar;
- IMP.SU.009 – Admissão e Alta para Episódio de Urgência.

REVISTO	VALIDADO	APROVADO
Diretor do Serviço de Cardiologia Jorge Marques	Diretor do Serviço de Urgência Jorge Teixeira Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência António Faria	Diretor Clínico Jorge Marques Enfermeira Diretora Fátima Faria
Aprovação: 22/06/2021      Revisão: 22/06/2024      3/3		

## ANEXO IV. Grelha de Observação

### Grelha de Observação

Grelha de observação relativo às práticas de enfermagem sobre o momento da entrada de uma via verde coronária neste Serviço de Urgência.

CASO \_\_\_\_\_

Principais considerações:

- As observações foram realizadas no Serviço de Urgência do Hospital X;
- As observações foram realizadas pelo autor do projeto, durante o estágio clínico;
- As observações incidiram nas unidades de observação específicas das vias verdes coronárias, localizadas na UDC2;
- O objetivo da aplicação desta grelha é uma constatação de fatos, sem implicação de prejuízo para ninguém.

INDICADORES	Observado	Em parte, observado	Não observado
Autonomia			
Monitorização cardíaca precoce			
Avaliação da Dor			
Colocação de CVP no membro superior esquerdo			
Efetua colheitas de sangue (bioquímica/hemograma/coagulação)			
Comunicação eficaz entre profissionais e equipa multidisciplinar			
Assegura comunicação/registo da terapêutica realizada no pré-hospitalar			
Assegura administração de terapêutica até e durante realização do cateterismo cardíaco			
Prepara o doente para transporte intra-hospitalar (Laboratório Hemodinâmica)			
Tem disponibilidade para aprendizagem contínua			
Gere os recursos humanos eficazmente			
Tolerância ao stress			
Estimula o trabalho de equipa			

**Observações:**

---

---

---

## **ANEXO V. Guião de Entrevista**

### **Guião da Entrevista**

Questão introdutória

“Qual a vossa opinião sobre as práticas de enfermagem relativamente ao momento da entrada de uma via verde coronária neste Serviço de Urgência? Acham que a comunicação é eficaz?”

## ANEXO VI. Casos Clínicos expressos na Grelha de Observação

### Casos Clínicos

Descrição dos casos expressos nas grelhas de observação:

<b>Caso Clínico (número)</b>	<b>Descrição</b>
<b>CASO 1</b>	Dor torácica com 1 hora de evolução em indivíduo masculino, com 73 anos de idade, com história de HTA e dislipidemia, trazido do domicílio com equipa de bombeiros. Ativada a VVC na triagem e rapidamente encaminhado para a box da VV, onde e após realização de ECG se verifica o SCA. Reencaminhado e transferido para laboratório de hemodinâmica para ICP e posterior internamento na UCIC.
<b>CASO 2</b>	Dor torácica com 8 horas de evolução em indivíduo masculino, com 60 anos de idade, com antecedentes de cardiopatia isquêmica, trazido do domicílio acompanhado pela equipa de TAE e VMER, já com diagnóstico realizado no pré-hospitalar com ECG com supraST, devidamente monitorizado e acompanhado pela equipa. Abordagem rápida na triagem e ativada VV e encaminhado para box da VV, onde, após análise e debate médico, é decidido reencaminhamento para o laboratório de hemodinâmica e posterior internamento na UCIC.
<b>CASO 3</b>	Dor torácica com irradiação para membro superior esquerdo e região maxilar, com 2 horas de evolução em indivíduo masculino, com 47 anos de idade, com antecedentes de HTA e obesidade, trazido do domicílio pela equipa de bombeiros e equipa da VMER, com diagnóstico realizado no pré-hospitalar, com ECG com supraST, devidamente monitorizado e acompanhado. Abordagem rápida na triagem, ativada VVC e encaminhado para box da VV, onde após análise e debate médico é decidido encaminhamento na maca dos bombeiros e acompanhado pela equipa médica e enfermagem ao laboratório de hemodinâmica para ICP e posterior internamento na UCIC.
<b>CASO 4</b>	Dor torácica com 6 horas de evolução, em indivíduo feminino, de 65 anos de idade, com antecedentes de HTA e dislipidemia, vindo de Ponte de Lima, com equipa SIV, devidamente monitorizado e com ECG do pré-hospitalar duvidoso. Abordado rapidamente na triagem e por se tratar de uma VVC foi encaminhado para a box de VV. Repete ECG (com supraST), é contactada equipa de cardiologia e após observação é ativada equipa do laboratório de hemodinâmica e o doente encaminhado para o mesmo com médico e enfermeiro, para ICP e posterior internamento na UCIC.
<b>CASO 5</b>	Palpitações, vômitos, palidez e sensação de peso na região retro-esternal com cerca de 10 horas de evolução, em indivíduo masculino com 56 anos de idade, com antecedentes de tabagismo (cerca de 1 maço/dia), trazido do domicílio com equipa de bombeiros e VMER (rendez-vous), com ECG no pré-hospitalar aparentemente sem sinais de isquemia. Monitorizado e acompanhado, inicia dor aquando da chegada ao serviço de urgência, pelo que se ativa VVC e é encaminhado para a box da VV, onde repete ECG (sem sinais de isquemia). Após respetiva abordagem, e posterior receção de resultados, equipa médica contacta especialista de cardiologia que decidem a instituição terapêutica e encaminhamento para laboratório de hemodinâmica para ICP.

## ANEXO VII. Plano de Sessão da Formação

### Plano de Sessão da atividade formativa

Ação de Formação - A pessoa com Síndrome Coronário Agudo no interface pré-hospitalar - hospitalar: Promover a efetividade da comunicação clínica.					
Local: via ZOOM (formação online)			<b>Requisito</b> – Enfermeiros do Serviço de Urgência que prestam cuidados de saúde à pessoa com SCA (Síndrome Coronário Agudo)		
Formador: João Pedro Cruz					
Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço Urgência (equipa X)					
Data: 13 de Fevereiro 2023		Horário: 9h-10h30			
<b>Objetivos:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Contribuir para uma melhor uniformização dos procedimentos dos profissionais na abordagem da Via Verde Coronária em contexto de urgência.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar os comportamentos associados ao cuidado da pessoa com suspeita de SCA (Síndrome Coronário Agudo), em contexto de urgência e quando ativada a Via Verde Coronária;</li> <li>• Contribuir para a formação da equipa de enfermagem do SU (Serviço de Urgência) no âmbito da uniformização de procedimentos em contexto de urgência e quando ativada a Via Verde Coronária;</li> <li>• Elaborar algoritmo que potencie a comunicação, a sua efetividade e registo nos casos das Vias Verdes Coronárias;</li> </ul> </li> </ul>					
Fase	Conteúdos Programáticos	Duração	Metodologia	Recursos Técnicos e Pedagógicos	Avaliação
Introdução	- Apresentação do tema - Comunicar objetivos e conteúdo da sessão	5 Min	Método expositivo	- Computador com ligação à internet; - Questionário de avaliação e satisfação da formação;	Aplicação do questionário de avaliação e satisfação da formação.
Desenvolvimento	- SCA (a interface) - Analisar a comunicação - Apresentação e explicação da grelha observação	55 Min	Método expositivo, reflexivo, interativo e de <i>role-playing</i>		
Conclusão	- Síntese e esclarecimento de dúvidas - Discussão sobre problemáticas identificadas - Promoção e discussão de possíveis propostas de alterações	30 Min			

## ANEXO VIII. Formação de Equipa



# VIA VERDE CORONÁRIA

A pessoa com Síndrome Coronário Agudo no interface pré-hospitalar - hospitalar: Promover a efetividade da comunicação clínica.

João Pedro Cruz (pg31245)  
Aluno Mestrado em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

## O enfermeiro e o síndrome coronário agudo

- A emergência médica tem assumido um maior relevo e uma evolução importante, quer na construção, quer na qualificação dos cuidados de enfermagem e na redução das taxas de mortalidade e de morbilidade nos doentes transportados.
- O exercício profissional dos enfermeiros na atividade pré-hospitalar tem respondido ao benefício da intervenção clínica precoce como forma de garantir a excelência de cuidados e a prática de acordo com a evidência neste domínio.

## Não é mais do que uma sessão de:

- esclarecimento
- debate
- discussão...

- Principalmente, **perceber e receber o vosso feedback** relativamente ao protocolo da VC (Via Verde Coronária) em vigor e refletir sobre as práticas desenvolvidas.
- A **FORMAÇÃO** vem abrir potencialidade de ganhos, tanto nos serviços de urgência como no pré-hospitalar - garante-se uma capacidade de resposta acrescida e adequada às necessidades do doente emergente/urgente, desde o contato com o SIEM até ao serviço que lhe proporcionará o tratamento definitivo, como uma **cadeia de continuidade**, que será tanto mais forte quanto mais forte for as suas ligações.
- O processo de Comunicação → Parte central do exercício profissional de enfermagem! Não só pela forma clássica.

A nossa realidade...

## SCA (Síndrome Coronário Agudo)

- A REDE, bem criada e definida é explorada, mas, nem sempre se analisa a comunicação e qual o seu impacto ou influência para a complementaridade e continuação dos cuidados.
- Quando o doente emergente/urgente é introduzido na rede e se espera a sua chegada no serviço de urgência, espera-se uma transmissão de dados objetiva, para que a equipa hospitalar se enquadre na situação ocorrida, para que sejam tomadas medidas específicas, agora possíveis, num contexto intra-hospitalar.

▪ Quando se escolheu este tema para realização de trabalho de projeto, para além do interesse pessoal por esta área de intervenção da Enfermagem, considerou-se que constituía uma questão pertinente na atualidade, pois **esta comunicação nem sempre foi bem compreendida**, tal como a influência desta na transferência dos doentes, o que suscitou dúvidas ao autor, levando-o a analisar e relacionar a intervenção dos atores e profissionais.

SCA

IMPERATIVO – Agilizar e monitorizar terapêutica do pré-hospitalar e do intra-hospitalar

Tempos transporte; terapêutica realizada; definição do centro tratamento.

Guidelines da ERC reconhecem a importância da deteção e da implementação da terapêutica como do seu registo e transmissão.

## A comunicação...

Como intervenção especializada, no interface do pré-hospitalar e do intra-hospitalar é de elevada pertinência e importância, pois pode colocar em causa o outcome do utente/doente.

O **Enfermeiro**, mais uma vez, assume-se como membro fundamental dentro deste processo, junto das equipas, junto deste trabalho grande parte das vezes multidisciplinar.

## O momento específico.

### ▪ A PORTA DE ENTRADA DA UNIDADE

HOSPITALAR → TRIAGEM

Os Enfermeiros são os profissionais na primeira linha de contato!

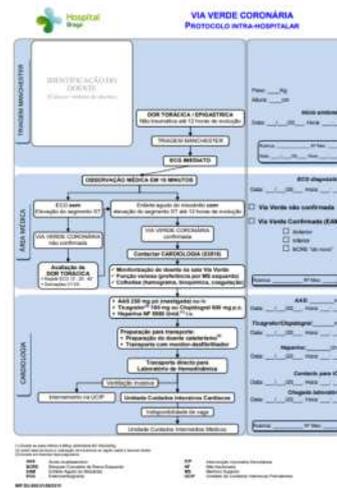
Influentes na decisão e no tempo que decorre até à terapêutica de reperfusão e procedimento invasivo (Angioplastia/cateterismo cardíaco)

## O Enfermeiro e a sua tomada de decisão.

- Não se resume a cálculos racionais de sintomas ou sinais, pois nem todas as pessoas com suspeita de EAM (Enfarte Agudo Miocárdio) apresentam dor.

Definida a triagem, o utente/doente é encaminhado para a "BOX" da Via Verde

Protocolo VVC  
intra-hospitalar /  
Fluxograma



Análise SWOT

**FORÇAS**

Equipa jovem; adere a novos projetos; experiência em atuação no doente crítico; oportunidade em melhorar a prestação de cuidados ao doente com SCA (Síndrome Coronária Aguda).

**FRAQUEZAS**

Recém admitidos na equipa; falha na identificação precoce do doente com SCA; desconhecimento do protocolo interno da instituição; falta de formação na temática.

**OPORTUNIDADES**

Desenvolvimento tecnológico e da rede hospitalar na área específica; referenciação de experiências de sucesso como estratégia de desenvolvimento do SU; aumentar indicadores de qualidade no tratamento do SCA desde pré-hospitalar ao intra-hospitalar.

**AMEAÇAS**

Número crescente de doentes com SCA; aumento da afluência de utentes aos SU; banalização desta emergência médica específica.

## A grelha de observação

INDICADORES	OBSERVADO	EM PARTE, OBSERVADO	NÃO OBSERVADO
Autonomia			
Monitorização cardíaca precoce			
Avaliação da Dor			
Colocação de CVP no membro superior esquerdo			
Efetua colheitas de sangue (bioquímica/hemograma/coagulação)			
Comunicação eficaz entre profissionais e equipa multidisciplinar			
Assegura comunicação/registo da terapêutica realizada no pré-hospitalar			
Assegura administração de terapêutica até e durante realização do cateterismo cardíaco			
Prepara o doente para transporte intra-hospitalar (Laboratório Hemodinâmica)			
Tem disponibilidade para aprendizagem contínua			
Gere os recursos humanos eficazmente			
Tolerância ao stress			
Estimula o trabalho de equipa			

Caso Clínico	Descrição
<b>CASO 1</b>	Dor torácica com 1 hora de evolução em indivíduo masculino, com 73 anos de idade, com história de HTA e dislipidemia, trazido do domicílio com equipa de bombeiros. Ativada a VVC na triagem e rapidamente encaminhado para a box da VV, onde e após realização de ECG se verifica o SCA. Reencaminhado e transferido para laboratório de hemodinâmica para ICP e posterior internamento na UCIC.
<b>CASO 2</b>	Dor torácica com 8 horas de evolução em indivíduo masculino, com 60 anos de idade, com antecedentes de cardiopatia isquémica, trazido do domicílio acompanhado pela equipa de TAE e VMER, já com diagnóstico realizado no pré-hospitalar com ECG com supraST, devidamente monitorizado e acompanhado pela equipa. Abordagem rápida na triagem e ativada VV e encaminhado para box da VV, onde, após análise e debate médico, é decidido reencaminhamento para o laboratório de hemodinâmica e posterior internamento na UCIC.
<b>CASO 3</b>	Dor torácica com irradiação para membro superior esquerdo e região maxilar, com 2 horas de evolução em indivíduo masculino, com 47 anos de idade, com antecedentes de HTA e obesidade, trazido do domicílio pela equipa de bombeiros e equipa da VMER, com diagnóstico realizado no pré-hospitalar, com ECG com supraST, devidamente monitorizado e acompanhado. Abordagem rápida na triagem, ativada VVC e encaminhado para box da VV, onde após análise e debate médico é decidido encaminhamento na maca dos bombeiros e acompanhado pela equipa médica e enfermagem ao laboratório de hemodinâmica para ICP e posterior internamento na UCIC.
<b>CASO 4</b>	Dor torácica com 6 horas de evolução, em indivíduo feminino, de 65 anos de idade, com antecedentes de HTA e dislipidemia, vindo de Ponte de Lima, com equipa SW, devidamente monitorizado e com ECG do pré-hospitalar duvidoso. Abordado rapidamente na triagem e por se tratar de uma VVC foi encaminhado para a box de VV. Repete ECG (com supraST), é contactada equipa de cardiologia e após observação é ativada equipa do laboratório de hemodinâmica e o doente encaminhado para o mesmo com médico e enfermeiro, para ICP e posterior internamento na UCIC.
<b>CASO 5</b>	Palpitações, vômitos, palidez e sensação de peso na região retro-esternal com cerca de 10 horas de evolução, em indivíduo masculino com 56 anos de idade, com antecedentes de tabagismo (cerca de 1 maço/dia), trazido do domicílio com equipa de bombeiros e VMER (rendez-vous), com ECG no pré-hospitalar aparentemente sem sinais de isquemia. Monitorizado e acompanhado, inicia dor aquando da chegada ao serviço de urgência, pelo que se ativa VVC e é encaminhado para a box da VV, onde repete ECG (sem sinais de isquemia). Após respetiva abordagem, e posterior receção de resultados, equipa médica contacta especialista de cardiologia que decidem a instituição terapêutica e encaminhamento para laboratório de hemodinâmica para ICP.

Explicação dos casos conforme  
a Grelha de Observação

## CASO Nº1

- **Monitorização cardíaca precoce** não devendo aguardar a chegada do técnico de Eletrocardiograma (ECG) para a executar.
- Ausência de um **registo** informático da terapêutica administrada, quer no pré-hospitalar quer no intra-hospitalar
- **Equipa multidisciplinar sobrecarregada**, mas nestas situações específicas é determinante serem ágeis, colaborantes e presentes, pois o transporte/mobilização, a intercorrência, as instabilidades hemodinâmicas do doente podem-se instalar a qualquer momento.
- O **trabalho de equipa** é algo fundamental, que foi em parte observado, porque faltou envolver os diversos elementos da equipa multidisciplinar em prol do melhor outcome do doente.

## CASO Nº2

- Do pré-hospitalar com o diagnóstico realizado (pela equipa médica e enfermagem da VMER) de síndrome coronário agudo (SCA), o que torna ou deve tornar as coisas de certa forma **mais céleres**.
- O enfermeiro e a equipa, não devem desvirtuar-se no que toca à **recepção da informação**, pois as equipas do pré-hospitalar podem ter de se ausentar a qualquer momento.
- Ausência de um **registo** informático da terapêutica administrada, quer no pré-hospitalar quer no intra-hospitalar
- É importante salientarmos a efetuada boa **gestão de recursos**, pois, salvaguardou sempre o bom funcionamento da Unidade de Decisão Clínica (UDC) apesar da saída temporária dos elementos para transporte.

## CASO Nº3

- Em semelhança com o caso anterior, o facto de o doente vir devidamente acompanhado e monitorizado pela equipa do pré-hospitalar e já com o diagnóstico feito, não pode ser sinónimo de intervenções que deixem de existir, **deve ser realizado o registo da terapêutica e intervenções realizadas**, que não o foi, provavelmente porque o doente chegou com equipas do pré-hospitalar e seguiu diretamente para o laboratório de hemodinâmica, não havendo **uma total assunção** da situação.

## CASO Nº4

- Neste caso, **não observamos a monitorização da dor**, tanto pela equipa pré-hospitalar como da equipa hospitalar. Em grande parte dos casos, como explicamos, **a dor é a razão pelo qual os utentes/doentes se deslocam aos serviços de urgência ou serviços de saúde**. As equipas devem estar sensibilizadas para esta valorização. Verificamos também que não se assegurou **a comunicação e registo das intervenções e terapêutica** realizada no ambiente pré-hospitalar e hospitalar.

## CASO Nº5

- A **monitorização precoce** não foi tao célere quanto devia ser.
- Apesar da preocupação inicial com a **dor**, este aspeto foi desvanecendo ao longo da situação.
- Mais uma vez, em jeito de semelhança com os outros casos, não se observou o **registo total das intervenções e terapêutica** realizada nos ambientes pré-hospitalar e hospitalar.

## Espaço para discussão

Comunicação e registo eficazes?

Protocolo interno VVC (Revisão?)

Criação de alertas (Proposta?)

## ANEXO IX. Questionário de Avaliação da Satisfação da Formação

### Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação



<b>Formação:</b> A pessoa com Síndrome Coronário Agudo no interface pré-hospitalar - hospitalar: Promover a efetividade da comunicação clínica.	Data - 03/02/2023
---	-------------------

#### I. Avaliação Global e do impacto da formação

Assinale com um X o valor do seu grau de concordância com as seguintes afirmações.

	1 Discordo	2 Não concordo nem discordo	3 Concordo	4 Concordo totalmente
Os objetivos da formação foram claros.				
Os conteúdos foram adequados aos objetivos.				
A duração da formação foi adequada.				
O relacionamento foi positivo entre os enfermeiros.				
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados. A formação permitiu adquirir novos conhecimentos.				
Os conhecimentos adquiridos são úteis para a prática e permitem melhorar o desempenho.				
Os conhecimentos adquiridos contribuíram para o desenvolvimento profissional.				
A formação permitiu adquirir novos conhecimentos.				

Obrigada pela sua participação!

Adaptado do Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação do Hospital de Braga, 2023