



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**O Cuidador no Autocuidado da Pessoa com
Doença Coronária**

Ana Rita Feio Aranha

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto
Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica, a pessoa em
situação crítica

Relatório de Estágio

Beja, 2023

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Cuidador no Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária

Ana Rita Feio Aranha

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Beja, 2023



AGRADECIMENTOS

A todos os enfermeiros e restantes elementos das equipas multidisciplinares dos serviços onde foram realizados os estágios, pela disponibilidade, cooperação e ensinamentos.

À Professora Doutora Maria do Céu Marques, pela orientação, pelo ânimo nos momentos de dúvida e pela paciência.

À minha família e amigos pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus irmãos, por serem casa e ombro amigo.

Ao meu pai, pelo sentido crítico e de incentivo a fazer mais e melhor. À minha mãe, pelo carinho e por ser o meu exemplo de força e resiliência.

Ao Diogo, pelo amor, suporte e compreensão em todos os momentos.

Ao grande impulsionador da conclusão deste ciclo, a quem eu espero também vir a ser um dia um exemplo.

A todos o meu sincero agradecimento.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte a nível mundial, pelo que a responsabilização e envolvimento do doente e família na gestão da doença é irrefutável. É papel do enfermeiro a capacitação e educação dirigida não só ao doente, mas também à sua família, que reconhece como recurso importante, dotando-os de ferramentas que lhes permitam fazer face aos desafios trazidos pela doença crónica.

Foi utilizada a metodologia de projeto para a construção e implementação da principal intervenção de estágio, que consiste na tradução e implementação da «Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária», que através da análise dos resultados permitiu aferir o nível de recomendação de comportamentos de autocuidado pela família.

Neste relatório, serão descritas e analisadas de forma crítica, fundamentada e refletida as atividades que potenciaram a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-cirúrgica; Família; Doente Coronário; Autocuidado

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of death worldwide, therefore the responsibility and involvement of the patient and family in the management of the disease is irrefutable. It is the nurse's role to provide training and educate not only the patient, but also their family, which they recognize as an important resource, providing them with tools that allow them to face the challenges brought about by chronic illness.

A project methodology was used for the construction and implementation of the main internship intervention, which consists of the translation and implementation of the Caregiver Contribution to Self Care of Coronary Heart Disease Inventory, which, through the analysis of the results, allowed to assess the level of recommendation of self-care behaviours by the family.

In this report, the activities will be described and analyzed in a critical, reasoned and reflected way, which have enhanced the acquisition of the common and specific skills of specialist and master nurses.

Keywords: Medical-surgical Nursing; Family; Coronary disease; Self-care

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - <i>Caregiver Contribution to Self Care of Coronary Heart Disease Inventory</i>	95
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética para estudos de investigação do IPB.....	99
Anexo III - Parecer da Comissão de Ética do hospital onde exerce funções.....	103
Anexo IV - Parecer da Comissão de Ética do CH.....	105

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária.....	108
Apêndice II - Artigo de revisão sistemática.....	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - Mortalidade em Portugal por doenças crónicas.....	22
Figura nº 2 - Análise SWOT.....	29
Figura nº 3 - Processo de entrevistas.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Distribuição da amostra por género.....	36
Gráfico nº 2 – Distribuição da amostra por faixa etária.....	36
Gráfico nº 3 – Distribuição da amostra por habilitações literárias.....	37
Gráfico nº 4 – Distribuição da amostra por situação profissional.....	37
Gráfico nº 5 – Distribuição da amostra por grau de parentesco com o doente coronário...38	
Gráfico nº 6 – Respostas à pergunta nº 1 (dimensão manutenção do autocuidado).....	39
Gráfico nº7 – Respostas à pergunta nº 2 (dimensão manutenção do autocuidado).....	39
Gráfico nº 8 – Respostas à pergunta nº 3 (dimensão manutenção do autocuidado).....	40
Gráfico nº 9 – Respostas à pergunta nº 4 (dimensão manutenção do autocuidado).....	40
Gráfico nº 10 – Respostas à pergunta nº 5 (dimensão manutenção do autocuidado).....	41
Gráfico nº 11 – Respostas à pergunta nº 6 (dimensão manutenção do autocuidado).....	41
Gráfico nº 12 – Respostas à pergunta nº 7 (dimensão manutenção do autocuidado).....	42
Gráfico nº 13 – Respostas à pergunta nº 8 (dimensão manutenção do autocuidado).....	42
Gráfico nº 14 – Respostas à pergunta nº 9 (dimensão manutenção do autocuidado).....	43
Gráfico nº 15 – Respostas à pergunta nº 10 (dimensão monitorização do autocuidado)...43	
Gráfico nº 16 – Respostas à pergunta nº 11 (dimensão monitorização do autocuidado)...44	
Gráfico nº 17 – Respostas à pergunta nº 12 (dimensão monitorização do autocuidado)....44	
Gráfico nº 18 – Respostas à pergunta nº 13 (dimensão monitorização do autocuidado)...45	
Gráfico nº 19 – Respostas à pergunta nº 14 (dimensão monitorização do autocuidado)....45	
Gráfico nº 20 – Respostas à pergunta nº 15 (dimensão monitorização do autocuidado)....46	
Gráfico nº 21 – Respostas à pergunta nº 16 (dimensão monitorização do autocuidado)....46	
Gráfico nº 22 – Respostas à pergunta nº 17 (dimensão monitorização do autocuidado)....47	
Gráfico nº 23 – Respostas à pergunta nº 18 (dimensão monitorização do autocuidado)....47	
Gráfico nº 24 – Respostas à pergunta nº 19 (dimensão gestão do autocuidado).....	48
Gráfico nº 25 – Respostas à pergunta nº 20 (dimensão gestão do autocuidado).....	48
Gráfico nº 26 – Respostas à pergunta nº 21 (dimensão gestão do autocuidado).....	49
Gráfico nº 27 – Respostas à pergunta nº 22 (dimensão gestão do autocuidado).....	49
Gráfico nº 28 – Respostas à pergunta nº 23 (dimensão gestão do autocuidado).....	50
Gráfico nº 29 – Respostas à pergunta nº 24 (dimensão gestão do autocuidado).....	50

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADR	Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios
APA	<i>American Psychological Association</i>
AR	Assembleia da República
BO	Bloco Operatório
CCT	Cirurgia Cardiotorácica
CEC	Circulação Extracorpórea
CH	Centro Hospitalar
DGS	Direção Geral de Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ECMO	<i>ExtraCorporeal Membrane Oxygenation</i>
EMC	Enfermagem Médico-cirúrgica
EMC-PSC	Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESC	<i>European Society of Cardiology</i>
IACS	Infeções Associadas a Cuidados de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IPB	Instituto Politécnico de Beja
MS	Ministério da Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSD 21-26	Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2026
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
RAM	Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RPQCEEPSC	Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
SIV	Suporte Imediato de Vida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SO	Serviço de Observação
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>

UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
ULS	Unidade Local de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

INDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. APRECIACÃO DOS CONTEXTOS.....	13
1.1. Serviço de Urgência de um hospital de uma Unidade Local de Saúde	13
1.1.1. Recursos físicos e materiais.....	14
1.1.2. Recursos humanos	15
1.1.3. Análise da população	16
1.2. Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica de um Centro Hospitalar .	17
1.2.1. Recursos físicos e materiais	18
1.2.2. Recursos Humanos.....	18
1.2.3. Análise da População	20
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	21
2.1. Fundamentação teórica	21
2.2. Metodologia	27
2.2.1. Diagnóstico de situação	28
2.2.1.1. Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária.....	29
2.2.1.2. Objetivos.....	31
2.2.1.3. Implicações éticas.....	31
2.2.2. Planeamento e execução da atividade.....	33
2.2.3. Resultados	35
2.2.3.1. Dados demográficos	35
2.2.3.2. Aplicação da Escala.....	38
2.2.4. Discussão	51
2.3. Conclusão.....	54
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	56
3.1. Competências de Mestre em Enfermagem	56
3.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem.....	57
3.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem.....	70
CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), que decorreu no Instituto Politécnico de Beja [IPB]. O relatório tem o intuito de descrever de forma refletida, crítica e fundamentada as atividades desenvolvidas no âmbito dos estágios, que decorreram num Serviço de Urgência (SU) de um hospital de uma Unidade Local de Saúde (ULS) e numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCI CCT) de um Centro Hospitalar (CH), e do projeto de intervenção. Foi elaborado sob a orientação da Professora Doutora Maria do Céu Marques.

O documento foi desenvolvido de forma a incluir a caracterização dos contextos em que se realizaram os estágios, a descrição do projeto de intervenção, que inclui a fundamentação teórica que sustenta a opção pelo tema, descreve a metodologia utilizada, procede à apresentação e discussão dos resultados, bem como respetivas conclusões. De forma a dar resposta aos objetivos específicos que se pretendia, procedeu-se ainda à análise reflexiva das competências de enfermeiro especialista e de mestre que se propôs adquirir.

Tendo presente que o objetivo global de todo este percurso é a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, do enfermeiro especialista em EMC-PSC e de mestre em enfermagem, foi, em cada um dos pontos tratados, realizada a ligação entre os aspetos das atividades desenvolvidas e conhecimentos teóricos que foram adquiridos na componente teórica do curso.

Considerando a obra desenvolvida por Patrícia Benner (2001), no que diz respeito ao estudo da prática clínica de enfermagem, na aquisição de competências e no conhecimento articulado com a prática, é admitido que

“o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do «saber fazer» existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (Benner, 2001: 32).

A mesma teórica defende que o significado de experiência não se cinge ao tempo que se emprega a exercer uma determinada profissão, mas sobretudo a um processo complexo e dinâmico, que tem em vista a aplicação de conhecimento teóricos, mas também permite a formação e modificação de teorias (Benner, 2001).

O presente trabalho foi redigido de acordo com a 7ª edição das Normas da *American Psychological Association* [APA] e conforme o acordo ortográfico em vigor.

1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS

Os estágios decorreram em dois ambientes clínicos diferentes. O estágio 1, com duração de 6 semanas (entre novembro e dezembro de 2020), teve lugar num SU de um hospital de uma ULS, enquanto o estágio final foi realizado numa UCI CCT de um CH, o que compreendeu um período de 18 semanas (entre janeiro e maio de 2021).

Ambos os estágios decorreram em contexto de pandemia de COVID-19, num período temporal correspondente à segunda e terceira vaga respetivamente, pelo que a caracterização dos serviços é descrita à luz da realidade à época.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

A ULS, enquanto entidade pública empresarial, tem como objetivo a prestação de cuidados assistenciais de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos (ULS, 2020). A agregação dos hospitais e centros de saúde do distrito numa única unidade pública teve como objetivo a otimização de recursos e, conseqüentemente, a melhoria na prestação dos diferentes tipos de cuidados à população do distrito em causa (Ministério da Saúde [MS], 2007). Para além da prestação de cuidados de saúde à população, esta unidade local tem também como propósito o desenvolvimento de atividades no âmbito da investigação, formação e ensino, incluindo a participação na formação de profissionais de saúde (ULS, 2020).

Apresenta como missão

“promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura continua de soluções que reduzem a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde” (ULS, 2020).

O estágio 1 decorreu num SU de um hospital, que enquadra a sua atividade na política de uma ULS. O serviço em causa é classificado como Serviço de Urgência Básica (SUB) e como tal é definido como “o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência” (MS, 2014a: 20673). No entanto, aquela unidade continua também a satisfazer urgências na área médico-cirúrgica, ao nível das especialidades de medicina, cirurgia e ortopedia. Apesar de não existir a valência de pediatria, o atendimento a crianças no SUB está englobado no atendimento geral, sendo assegurada formação específica aos profissionais de saúde não diferenciados nesta área de cuidados, bem como a

existência de equipamento adequado a diferentes idades pediátricas necessário a emergências (MS, 2014a). De acordo com o despacho nº 5561/2014, o SUB integra uma ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), havendo uma partilha das responsabilidades financeiras e de gestão entre o Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] e a unidade de saúde, na qual o meio fica sediado; há que ressaltar que esta gestão integrada determina que o elemento da enfermagem presta cuidados não só em contexto pré-hospitalar, mas também no SU (MS, 2014b).

1.1.1. Recursos físicos e materiais

O SU encontra-se localizado no 1º piso do edifício do hospital e compreende as seguintes áreas:

- Zona de entrada: engloba a receção/área de trabalho administrativo, sala de espera dos utentes (dividida em dois espaços físicos: sala cor vermelha para doentes com sintomas suspeitos de COVID e sala cor azul para os doentes com outros sintomas) e instalações sanitárias destinadas a utentes e/ou acompanhantes; neste espaço, permanecem os doentes triados com prioridade pouco ou não urgente;

- Sala de triagem: local onde é efetuada a triagem dos doentes que se dirigem a este serviço, de acordo com o sistema de triagem de Manchester, dispondo do material necessário a esta intervenção;

- Balcão 1: local onde tem lugar o atendimento a doentes triados com prioridade pouco ou não urgente;

- Sala de reanimação: área de trabalho onde são prestados os cuidados de saúde mais diferenciados a doentes que se encontram em situação crítica; existe um carro de emergência, um ventilador portátil e um monitor desfibrilhador;

- Sala de pequena cirurgia: local onde se efetuam os procedimentos cirúrgicos;

- Balcão 2: local para onde os doentes que carecem de uma maior vigilância são encaminhados, caso necessitassem por exemplo de monitorização do estado hemodinâmico ou oxigenoterapia; a sala é constituída por duas unidades, com monitores cardíacos e desfibrilhador;

- Corredor do SU: devido às limitações físicas do serviço, este local é utilizado como sala de espera interna; aqui permanecem os doentes que necessitam de atendimento urgente, mas que podem aguardar (triados com cor amarela), aqueles a quem está a ser administrada medicação endovenosa ou a aguardar a realização de exames complementares de diagnóstico;

- Sala de especialidades: local de atendimento e observação de utentes;

- Sala de exames: utilizada para a realização de eletrocardiogramas;
- Serviço de Observação (SO): serviço com a capacidade para internar 4 doentes, que necessitem de uma maior vigilância por instabilidade hemodinâmica e para decisão do plano terapêutico; composto por 2 salas, cada uma com 2 unidades de internamento com monitorização cardíaca, separadas por uma zona de trabalho.

Em contexto pandémico, tornou-se fundamental assegurar uma abordagem atempada e adequada à pessoa com suspeita ou infeção confirmada por SARS-CoV-2, tendo em consideração a sua vulnerabilidade. Para além disso, havia que ter em conta a segurança de outros doentes que careciam também de cuidados de urgentes ou emergentes. Assim, de acordo com a Norma 004/2020, houve a necessidade de reestruturar a organização física das unidades hospitalares que, no caso particular do SU, se traduziu na criação de Área Dedicada aos Doentes Respiratórios (ADR), constituindo “áreas exclusivamente dedicadas à avaliação clínica de doentes com suspeita de infeção respiratória com critérios de gravidade, e realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2 em contexto de urgência hospitalar” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020). Neste SU, esta área engloba 3 espaços (salas que comunicam entre si), com 3 rampas de oxigénio, 2 monitores cardíacos (que permitiam avaliação de ritmo cardíaco, saturação de oxigénio e tensão arterial), eletrocardiógrafo, material de consumo clínico que assegurasse uma correta primeira abordagem ao doente suspeito de infeção por SARS-CoV-2 e medicação mais solicitada em contexto de urgência, em particular situações de descompensação do sistema respiratório. É parte integrante da ADR uma casa de banho, uma zona de limpeza, a zona limpa (compartimento que permite a comunicação com o interior da sala, onde são colocados os equipamentos de proteção individual (EPI) e se realiza a preparação necessária para entrar no espaço de isolamento) e uma antecâmara/adufa (para remoção de EPI’s).

O serviço é ainda constituído por uma sala de arrumos (onde se pode encontrar o material para consumo clínico), duas instalações sanitárias, sala de sujios, copa, sala de pausa, gabinete da direção de serviço e base no INEM, onde se encontra a equipa de serviço ao meio de SIV, parte integrante do SU.

1.1.2. Recursos humanos

Assegura o funcionamento do SU de forma contínua e ininterrupta uma equipa multidisciplinar composta por 2 médicos de medicina geral e familiar, um internista, um cirurgião, um ortopedista e uma anestesista, bem como um técnico de imagiologia, um técnico de imunoterapia (serviço de laboratório) e 5 enfermeiros (3 durante o turno da noite). O apoio

técnico administrativo é assegurado por 2 assistentes técnicos e um administrativo por turno (2 durante o turno da manhã).

A equipa de enfermagem é constituída por 26 elementos: uma enfermeira gestora, oito enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) e dezassete enfermeiros de cuidados gerais; quatro enfermeiros desta equipa integram também a equipa de cuidados pré-hospitalares no meio SIV e, de acordo com o protocolo estabelecido entre ULS e INEM (MS, 2014b), dividem o seu horário de trabalho entre o SU e o meio pré-hospitalar. Para fazer face às necessidades do serviço, durante cada turno, os enfermeiros são alocados na prestação de cuidados na triagem, SO, balcão e ADR, sendo colocado em prática o método individual de trabalho.

De acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, no que diz respeito ao SU, é recomendado que 50% dos elementos que constituem a equipa de enfermagem, em permanência nas 24 horas, na referida unidade de saúde, seja especialista em EMC-PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a). No entanto, verifica-se que apenas 30,7% dos enfermeiros que compõem a equipa são especialistas em EMC-PSC, o que não permite fazer face às indicações emanadas pelo referido documento. A distribuição de enfermeiros por turno baseia-se nos postos de trabalho, tendo em consideração o conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia (OE, 2019a), o que justifica a redução do número de enfermeiros no turno da noite. Constatou-se que, para fazer face às necessidades trazidas pela situação pandémica, houve necessidade de aumentar o rácio de enfermeiros em todos os turnos.

Importa frisar que a afetação dos recursos humanos e físicos está sujeita a mudanças frequentes. Uma gestão cuidadosa permitiu ajustar os recursos existentes às necessidades exigidas pela situação pandémica, de uma forma segura e fazendo chegar cuidados de saúde de excelência aos doentes e famílias.

1.1.3. Análise da população

Durante o ano de 2020, foram admitidos no SU da ULS em que foi realizado o estágio, 20958 doentes dos quais aproximadamente 8% (1670) necessitaram de ser internados e cerca de 5% foram readmitidos 24 horas após o primeiro contacto. Do conjunto dos utentes que acorreram ao SU, 392 abandonaram esta unidade de saúde sem serem atendidos, aproximadamente 1,87%. Durante o período em análise, foram efetuadas no SU 262 pequenas cirurgias e foram transferidos para outros hospitais 253 doentes.

Tendo em consideração o Sistema de Triagem de Manchester, dos utentes admitidos no SU durante o ano de 2020, a cerca de 12% foram atribuídas as cores vermelho (129) e laranja

(2381), isto é, 0,6% (cor vermelha) foram considerados em condições clínicas emergentes pelo que necessitam de atendimento imediato (0 minutos) e 11,4% (cor laranja) carecem de atendimento muito urgente, praticamente imediato (10 minutos). Ainda no grupo classificado de urgente, foi atribuída a pulseira amarela (o atendimento tem que ser rápido, mas podem esperar) a 9446 utentes, que correspondem a 45% dos admitidos. Em suma, dos utentes admitidos no SU, 56% foram classificados no escalão de emergência (pulseira vermelho) e nos escalões urgência que não possibilitam a transferência para outras unidades saúde (laranja e amarelo).

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DE UM CENTRO HOSPITALAR

O CH tem como missão

“a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de políticas de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas” (CH, 2021).

No desenvolvimento da sua atividade, o CH rege-se pelos princípios da humanização e não discriminação, respeito pela dignidade individual de cada utente, promoção da saúde na comunidade, atualização face ao avanço da investigação e da ciência, excelência técnico-profissional, ética profissional, promoção da multidisciplinaridade e respeito pelo ambiente (CH, 2021). Para além disso, a instituição procura pautar a sua atividade indo ao encontro dos seguintes objetivos estratégicos:

- Prestação de cuidados de saúde de forma humanizada, em tempo oportuno e com qualidade.
- Aumento da eficiência e eficácia, mantendo um equilíbrio económico e financeiro sustentável.
- Desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde.
- Concretização de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, minimizando o impacto da hospitalização (CH, 2021).

O hospital onde foi realizado o estágio Final iniciou a sua atividade nos anos 80 do século passado, com objetivo de responder às necessidades que se faziam sentir no país, nessa época, no que dizia respeito a procedimento altamente diferenciados nas áreas da cardiologia (médica e cirúrgica) e da nefrologia. Assim, o hospital desenvolveu a sua prática nestas duas especialidades, sob a direção de personalidades de referência, diferenciando-se na técnica e inovação tecnológica. Na área da Cardiologia, o hospital foi pioneiro em alguns

procedimentos, tais como na realização da primeira angioplastia coronária (1984) e no primeiro transplante cardíaco (1986), em Portugal (CH, 2021).

1.2.1. Recursos físicos e materiais

O serviço de CCT do hospital em questão é um centro terciário de referência para doentes com patologia cardíaca provenientes de todo o país. O serviço é composto por uma enfermaria, pela Unidade de Cuidados Intermédios, pela UCI CCT e pelo Bloco Operatório (BO). A UCI CCT, unidade clínica onde decorreu o estágio, localiza-se no 1º piso do edifício (muito próxima do BO) e é constituída por duas áreas de intervenção distintas. A área de intervenção ao utente adulto submetido a cirurgia cardíaca dispõe para o efeito de 9 camas, distribuídas por duas salas. Existe a sala azul, que possui 5 camas, e a sala bege, que é composta por 4 camas em quartos de isolamento (um deles é destinado a um isolamento protetor, onde são alocados os doentes transplantados, que carecem de medidas adicionais de profilaxia à infeção). No que diz respeito à área de intervenção à criança/jovem submetido a cirurgia cardíaca, a unidade dispõe de 3 camas, que se encontram inseridas no espaço físico da sala bege. A unidade encontra-se equipada com o material e equipamento necessário à monitorização contínua e terapêutica invasivas próprias de uma UCI cardiotorácica pediátrica. Cada uma das salas dispõe de um carro de urgência, devidamente equipado com monitor desfibrilhador, e um kit de esternotomia, de modo que seja possível uma atuação eficaz em caso de emergência. Importa referir que, no momento do estágio, a UCI é composta por 12 camas (9 de adultos e 3 de crianças/jovens), tendo sofrido alguns ajustes relacionadas com a situação pandémica.

1.2.2. Recursos Humanos

No que diz respeito aos recursos humanos, a UCI conta com uma equipa médica de cirurgia - um diretor de serviço, 2 chefes de serviço, 11 médicos especialistas e 4 médicos internos de cirurgia cardiotorácica (podendo, no entanto, ser variável) – e uma equipa médica de Cardiologia Pediátrica – um diretor de serviço, 7 médicos especialistas, 2 médicos pediatras, 7 médicos internos de cardiologia pediátrica. Existe sempre um cirurgião de serviço para dar apoio na UCI e no serviço de Cirurgia Cardíaca, bem como uma equipa cirúrgica de prevenção, a contactar em caso de emergência. Para além destas equipas fixas, o serviço conta ainda com o apoio da equipa de anestesia, um nefrologista, um consultor intensivista e, sempre que solicitado, de todas as outras especialidades existentes no CH. Constituem ainda

parte da equipa 11 assistentes operacionais, uma nutricionista, uma assistente técnica, uma farmacêutica, uma técnica de farmácia, copeira e os elementos da brigada de limpeza.

A equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira gestora, uma enfermeira coordenadora, uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (dedica-se exclusivamente aos cuidados de reabilitação, nomeadamente cinesiterapia no pós-operatório), 11 enfermeiros especialista (das áreas de enfermagem de reabilitação, enfermagem de saúde infantil e pediatria, enfermagem de saúde mental e EMC-PSC) e 41 enfermeiros generalistas. De acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, relativamente à UCI, é recomendado que 50% dos elementos que constituem a equipa de enfermagem, em permanência nas 24 horas, seja especialista em EMC-PSC (OE, 2019a). No entanto, verifica-se que, dos elementos que compõem a equipa, apenas cerca de $\frac{1}{4}$ é enfermeiro especialista, o que não permite responder à recomendação apresentada. Relativamente aos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação, é preconizado o rácio de um elemento especialista desta área, por cada 8 doentes, todos os dias da semana e durante 12 horas (OE, 2019a), o que não era exequível por só haver um enfermeiro a desempenhar essas funções.

Os elementos desta equipa encontram-se subdivididos em equipas de prestação de cuidados, possuindo cada uma delas entre 2 ou 3 chefes de equipa. O método de trabalho instituído é o método individual de trabalho, onde cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados a serem prestados ao doente e/ou família que lhe é atribuído em cada turno. O plano de trabalho (distribuição dos enfermeiros pelos doentes) é elaborado diariamente, de acordo com o tipo de doentes e tendo em consideração a perícia que cada elemento possui. O rácio de enfermagem é um enfermeiro para um ou 2 doentes, consoante o estado clínico dos mesmos e as especificidades do serviço naquele momento, de modo que seja garantida a qualidade dos cuidados prestados, premiando a satisfação de cada utente, prevenindo complicações e potencializando o bem-estar e autocuidado de cada indivíduo. No entanto, sendo a UCI CCT classificada como nível III, o rácio recomendado pelo Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019a) seria de um enfermeiro para cada doente, o que nem sempre se verifica. Em situações mais específicas, como é o caso do doente pediátrico e do doente submetido a transplante cardíaco, o rácio de enfermagem é um enfermeiro para um doente. No que diz respeito à equipa que prestava cuidados da unidade pediátrica, apurou-se não era possível assegurar a existência de 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica em permanência, nas 24 horas, tal como preconizado (OE, 2019a).

1.2.3. Análise da População

Relativamente à caracterização da população intervencionada na UCI, considerando a reduzida informação fornecida pelo CH, constatou-se que durante o ano de 2021, foram realizadas 1208 cirurgias, das quais 300 correspondiam a cirurgias de revascularização coronária sem Circulação Extracorpórea (CEC), 280 não recorreram a CEC (correspondendo a cirurgias pediátricas, tamponamentos cardíacos, implantação e extração de pacemaker, rutura ventricular, derrame pericárdico, derrame pleural, revisão hemóstase, implantação e/ou remoção de ECMO ou Assistência Ventricular) e as restantes (628) foram realizadas com recurso a CEC. Contabilizou-se um total 971 doentes saídos, dos quais 368 eram do sexo feminino, sendo a faixa etária 65-75 anos a mais prevalente nos dois sexos.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

No presente ponto apresenta-se o projeto de estágio, nomeadamente a fundamentação teórica que o sustenta, o modo como foi executado, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, bem como as conclusões obtidas a partir da sua implementação. O projeto intitulado de «O Cuidador no Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária», cujo objetivo genérico é compreender o impacto da família no autocuidado do doente coronário, teve início durante o estágio final e culminou após o término do mesmo.

2.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para melhor perceção do projeto de intervenção, importa clarificar alguns conceitos, considerados fundamentais no desenvolvimento do trabalho, e a forma como estes se relacionam, nomeadamente doença crónica, doença cardiovascular, doença coronária, autocuidado, profissional de saúde e família.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] indica que as **doenças crónicas** são responsáveis pela morte de 41 milhões de pessoas anualmente, o que corresponde a 71% do número global de mortes, tornando-se a principal causa de morte a nível mundial (*World Health Organization* [WHO], 2021b). Para além disso, a proporção de mortes prematuras (idades compreendidas entre 30 e 69 anos) causadas por doenças crónicas é ainda superior (75%), atestando que estas patologias não representam apenas um problema para as populações mais idosas (WHO, 2018). Em Portugal, no ano de 2021, verificou-se que 43.9% da população com idade igual ou superior a 16 anos referia ter uma doença crónica ou um problema de saúde prolongado, representando o valor mais elevado dos últimos 3 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022). De acordo com a OMS, no ano de 2016, as doenças crónicas eram responsáveis por 86% das mortes, das quais 29% eram causadas por doença cardiovascular (WHO, 2018).

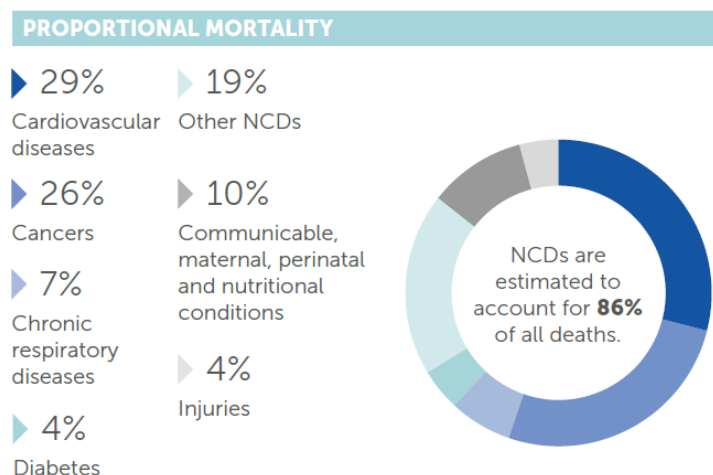


Figura nº 1 – Mortalidade em Portugal por doenças crónicas (WHO, 2018)

As **doenças cardiovasculares** são a principal causa de morte a nível mundial, estimando-se que anualmente afetem mais pessoas do que qualquer outra doença (WHO, 2021a). Na qualidade de doença crónica, a doença cardiovascular é também aquela que mais mata; em 2012, 17.9 milhões de indivíduos morreram devido a uma doença cardiovascular, 37% destes tinham idade inferior a 70 anos e 7.4 milhões dessas mortes foram causadas por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (WHO, 2014). A OMS tem como objetivo reduzir em 25% a taxa de mortalidade por doenças crónicas até 2025. Ainda assim, tendo em consideração o envelhecimento populacional, estima-se que a doença cardiovascular possa vir a matar mais, alcançando 22.2 milhões de mortes em 2030 (WHO, 2014). A nível nacional, o panorama é idêntico ao que foi exposto anteriormente. O programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares, emanado pela DGS, refere que a principal causa de morte em Portugal é a doença cardiovascular, assumindo grande responsabilidade no domínio da morbilidade, da invalidez e de potenciais anos de vida precocemente perdidos (DGS, 2017a). As doenças cardiovasculares matam cerca de 35 mil portugueses anualmente, o que representa um terço da mortalidade da população nacional (DGS, 2017a). Tem-se vindo a assistir a uma diminuição na percentagem de óbitos por doença cardiovascular nas últimas décadas (veja-se que em 1988 era superior a 40% em comparação com o ano de 2015 que era de 29.7%); no entanto, nos últimos 5 anos, verificou-se um aumento da taxa de mortalidade causada por doença isquémica cardíaca em indivíduos com idade inferior a 70 anos (DGS, 2017a). Este indicador deve, por isso, configurar um sinal de alerta para a importância de manter esta doença dentro do espectro das prioridades de atuação em saúde nas diversas áreas assistenciais (DGS, 2017a).

É irrefutável que as doenças cardiovasculares representam um problema de saúde global, com uma prevalência cada vez maior, pelo que a percepção dos efeitos e implicações da doença coronária torna-se extremamente importante (Thygesen, et al., 2018). A OMS defende a importância da prevenção, gestão e monitorização da doença, salientando a que a identificação precoce de fatores de risco pode garantir o acesso aos cuidados adequados de forma atempada, prevenindo mortes prematuras (WHO, 2021a)

De acordo com a *European Society of Cardiology* [ESC], a **doença coronária** é definida como um processo caracterizado pela formação da placa aterosclerótica nas artérias epicárdicas, de uma forma obstrutiva ou não obstrutiva, cujo dano funcional da circulação pode ser alterado pela modificação dos estilos de vida, pelas terapêuticas farmacológicas e pela revascularização, podendo resultar na estabilização ou na regressão da doença (ESC, 2020). Dependendo da sua apresentação clínica, a doença arterial coronária pode ser classificada como síndrome coronária aguda ou crónica (ESC, 2020).

A doença coronária, admitida como uma doença crónica, manifesta-se, na maioria dos casos, de forma progressiva e grave, uma vez que, apesar de se poder caracterizar por longos períodos estáveis, pode tornar-se instável a qualquer momento e de forma muito silenciosa (ESC, 2020). A doença crónica, sendo incurável e caracterizada por períodos de exacerbação e readmissões hospitalares, exige alterações profundas no estilo de vida, constante cuidado e uma gestão permanente da doença, que envolve não só o próprio doente, mas também o seu cuidador (Miller, Lasiter, Ellis, & Buelow, 2014; WHO, 2014).

A crescente prevalência de doenças crónicas, tal como evidenciado anteriormente, causado pela adoção de estilos de vida menos saudáveis e pelo envelhecimento populacional, traduz-se em significativas repercussões no sistema social, financeiro e de saúde das sociedades atuais (Petronilho, 2012). De modo a fazer face aos custos associados às doenças crónicas, surge a necessidade de desenvolver um conjunto de intervenções orientadas para a autogestão de processos de saúde-doença (Miller, Lasiter, Ellis, & Buelow, 2014). As políticas de saúde atuais, como resposta a esta problemática, defendem o “enfoque na responsabilização, envolvimento e mestria dos cidadãos e nas famílias para cuidarem-se a si próprios em relação às atividades de vida diária” (Petronilho, 2012: 11). No entanto, o principal foco dos sistemas de saúde continua a ser a patologia aguda, caracterizada por situações episódicas e fragmentadas, em detrimento do investimento em áreas interventivas para o autocuidado (Riegel, et al., 2017). A perspetiva de uma crise na saúde, gerada pelo envelhecimento, aumento da prevalência de doenças crónicas e de fatores de risco cardiovasculares, tornar-se-á uma realidade enquanto o **autocuidado** não for reconhecido como uma prioridade (Riegel, et al., 2017).

O Conselho Internacional de Enfermeiros, de um modo genérico, descreve o autocuidado como a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias” (OE, 2019b). A OMS define o mesmo conceito como a capacidade de promover a saúde, prevenir doenças e adaptar-se a doença ou deficiência, com ou sem o apoio de um profissional de saúde (WHO, 2021c).

Considerando um referencial teórico, torna-se impossível não fazer referência à Teoria geral do défice de autocuidado de Dorothea E. Orem. Genericamente, uma teoria serve de suporte   prática e confere significado ao conhecimento, o que permite descrever, justificar e prever determinados fen menos; o enfermeiro desenvolve através da mesma a sua capacidade de análise e de pensamento crítico, clarifica conceitos e norteia a sua prática (Alligood & Tomey, 2004). De acordo com Orem, o autocuidado é admitido como a capacidade que um individuo coloca deliberadamente em prática (ou carece de alguém que o faça por ele), com o objetivo de manter a sua saúde, a sua vida, o seu desenvolvimento e o seu bem-estar (Alligood & Tomey, 2004).

Semelhantemente, Riegel, Jaarsma & Stromberg (2012), que desenvolveram a Teoria de médio alcance do autocuidado na doença crónica, descreveram o autocuidado como o processo de tomada de decisão, adotando comportamentos que asseguram a manuten o da sua condi o de saúde e a gestão da doença, quer seja aguda ou crónica. Riegel, Tiny, Lee & Stromberg (2019), que propuseram uma revisão   teoria, reafirmaram que o autocuidado é aplicado tanto em condi o saudável como de doença; no entanto, assume uma maior importância para a gestão da patologia crónica, uma vez que o envolvimento do individuo o torna num participante ativo da gestão da mesma. Riegel, Jaarsma & Stromberg (2012) reconhecem a influencia da Teoria do autocuidado de Orem para constru o da sua, mas salientam algumas diferenças: o foco na doença crónica e nos comportamentos e processos utilizados pelo individuo na gestão da mesma. A monitoriza o, a manuten o e a gestão do autocuidado são os conceitos fundamentais a esta teoria de médio alcance (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012; Riegel, Jaarsma, Lee, & Stromberg, 2019) e serão descritos posteriormente aquando da explica o do instrumento utilizado no projeto de interven o (ponto 2.2.1.1.). De acordo com a mesma teoria, o autocuidado é admitido como um processo muito desafiante, que é influenciado por fatores que representam barreiras ou se assumem como facilitadores; para o assunto em estudo, salienta-se o contributo da família e o acesso aos cuidados, o que remete para o apoio prestados pelos profissionais de saúde (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012).

De acordo com a Teoria de médio alcance do autocuidado na doença crónica, o propósito do **profissional de saúde** inclui a dota o do doente cr nico de um conjunto de ferramentas

que lhe permita dominar o conhecimento necessário para o autocuidado, reconhecendo que falta de informação, equívocos e mal-entendidos são fatores impeditivos desta prática (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012). Para que seja possível uma eficaz gestão do processo saúde-doença, é fundamental que se adotem comportamentos de saúde orientados e definidos com o auxílio dos profissionais de saúde (Petronilho, 2012).

De acordo com as *guidelines* para a prevenção de doenças cardiovasculares, emanadas pela ESC, a prevenção de doença cardiovascular aterosclerótica carece de uma abordagem integrada e interdisciplinar, que obriga à inclusão de várias disciplinas e áreas de especialização; mais acrescenta que este trabalho deve ser centrado no doente e na sua família, numa perspetiva preventiva e de reabilitação, abordando estilos de vida, fatores psicossociais, fatores risco e determinantes sociais (ESC, 2021). Entrevistas motivacionais, como estratégias de comunicação, devem incluir um familiar ou amigo, especialmente quando na presença de um doente idoso (ESC, 2021).

O processo de saúde-doença é dinâmico, subjetivo, experienciado de forma pessoal e dependente de idade, género, cultura, educação e estatuto socioeconómico; as intervenções de gestão de doença crónica são percecionadas pelo doente como um processo complexo, mais circunscrito e que envolve o contexto em que se encontra inserido, sendo, por isso, influenciado pelos outros (Miller, Lasiter, Ellis, & Buelow, 2014; Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012). Isto é, o comportamento individual, enquadrado num contexto caracterizado por níveis hierárquicos, está subordinado não só à escolha individual, aos aspetos culturais e étnicos, ao ambiente de trabalho, à saúde e política de cada sociedade, bem como à influência da família (ESC, 2021). Assim, o autocuidado, que por definição constitui um conjunto de intervenções da esfera individual, é também um processo que não ocorre de forma isolada, uma vez que é reconhecido o papel essencial da **família** e amigos com implicações na tomada de decisão, comunicação e reciprocidade - a família é considerada um importante recurso de auxílio no autocuidado de um indivíduo (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012; Vellone, et al., 2020).

O processo de gestão é complexo e obriga a uma reestruturação daqueles que são os hábitos e estilos de vida do doente e família; no entanto, quanto maior for a capacidade de adaptação e aceitação, melhores serão os *outcomes* (Miller, Lasiter, Ellis, & Buelow, 2014). A família reconhece a importância da educação para saúde do doente coronário: o conhecimento sobre a doença, as suas causas e tratamento concedem poder e autonomia ao indivíduo (Huriani, 2019). Posto isto, havendo esta perceção por parte do cuidador, é demonstrada a importância de o incluir nos cuidados, uma vez que este se torna um elemento cooperante no processo de gestão de doença (Huriani, 2019). A família é apontada como um recurso dedicado, conveniente e eficaz, uma vez que pode ser capacitado a fomentar uma

correta gestão da doença e partilha com o doente essa responsabilidade, aliviando-o do encargo que é a doença coronária (Hajduk, et al., 2016).

Há que ter em consideração que estamos a assistir a uma transformação da sociedade, em consequência da evolução daquilo que é atualmente o conceito de doença, o que se traduz em novos desafios no contexto familiar (Petronilho, 2012). Veja-se que durante o período de um ano, o que equivale a 8760 horas, os doentes despendem de apenas 10 horas com o profissional de saúde, correspondendo a 0.001% do tempo em causa; assim, todas as outras intervenções de gestão da doença, que assumem a forma de atividade de autocuidado, são colocadas em prática pelo indivíduo e sua família fora do contexto clínico e longe do controlo de um profissional de saúde (Riegel, et al., 2017).

O enfermeiro especialista desempenha um papel importante neste processo de gestão de doença. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RPQCEEPSC), considerando o enunciado descritivo da promoção da saúde, refere que o enfermeiro especialista, de modo a prestar cuidados de excelência, desenvolve e potencia intervenções promotoras de saúde junto do doente que vivenciou processos complexos de doença crítica, através do fornecimento de informação que viabilize uma aprendizagem ativa e a aquisição de novas capacidades (OE, 2015). O enfermeiro é não somente responsável pela promoção do autocuidado, como também deve avaliar o resultado do conhecimento e habilidades transmitidas, de modo a educar o doente e sua família na gestão dos complexos processos que advêm de uma situação crítica (OE, 2015). O enunciado descritivo relativo ao bem-estar e autocuidado também indica que “o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2015: 17242). O enfermeiro presta cuidados especializados e complexos durante a fase crítica e aguda da doença, preparando desde então o doente e família para um período de transição e de adaptação a uma nova realidade.

Chen, Lin, & Marshall (2021) enfatizam a utilização de estratégias que apoiem os doentes e cuidador (particularmente no momento da alta hospitalar), construindo a longo prazo a sua confiança no processo de gestão de doença. O papel do profissional de saúde consiste, nesta situação, na educação não só dirigida ao doente, mas também a sua família, de modo a sejam fornecidas as ferramentas fundamentais a uma adaptação apropriada a esta nova condição, que obriga a diversas mudanças (Chen, Lin, & Marshall, 2021). A importância de construir esta relação de confiança é justificada pela evidência de que o apoio que a família/cuidador oferece ao doente coronário representa um forte aspeto preditivo de adoção de estilos de vida saudáveis, quando comparado com o apoio proporcionado pelos profissionais de saúde (Chiou, Hsu, & Hung, 2016). O estudo de Reveles, Simões, & Ferreira (2018), que confirmou

a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção do enfermeiro num programa de ensino em doentes pós enfarte, ressalva também a importância de incluir a família em contexto de ensino em saúde, uma vez que são reconhecidos como o principal apoio do doente após a alta hospitalar.

Numa perspetiva mais prática, a capacidade de reconhecimento imediato de sinais e sintomas característicos da patologia coronária, bem como o ajuste e adesão a comportamentos fundamentais à mesma, são exemplos de atitudes que reduzem os riscos associados a doença aguda ou mortalidade precoce, o que atesta a importância do acompanhamento do profissional de saúde, não só dirigido ao doente, mas também à sua família/cuidador (Cherlin, et al., 2012). O doente, família e profissionais de saúde são os responsáveis pela gestão de cuidados, sintomas e alterações causadas pela doença crónica (Miller, Lasiter, Ellis, & Buelow, 2014).

Ao assumir o suporte familiar como sendo essencial ao doente coronário, a capacitação e educação dos cuidadores torna-se, por consequência, uma necessidade à qual é preponderante oferecer uma resposta (Buigues, et al., 2021; Chen, Lin, & Marshall, 2021; Chiou, Hsu, & Hung, 2016; Dumit, Nouredine, & Magilvy, 2016; Hajduk, et al., 2016; Huriani, 2019; Kahkonen, et al., 2020).

2.2. METODOLOGIA

A metodologia de projeto foi a adotada para o desenvolvimento deste estudo.

O projeto é definido como um plano de trabalho que tem por objetivo a resolução de um problema, que se materializa numa metodologia que inclui um conjunto de técnicas e procedimentos fundamentais ao estudo de um determinado tema (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Assim, a metodologia de projeto consiste na identificação de uma problemática, a partir da qual se desenvolve um processo de investigação, promovendo a implementação de um conjunto de estratégias que proponham uma resolução para o mesmo (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Tendo em mente a definição de metodologia de projeto, é possível assumir que a procura da resolução do problema fomenta a aquisição de competências necessárias à conceção e execução de projetos numa situação real (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Esta é “uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010 : 5), sendo estabelecida uma ligação entre a dimensão teórica e a prática. Procura-se, assim, uma prática baseada e fundamentada na evidência.

A metodologia de projeto consiste numa intervenção intencional, com o propósito específico de dar resposta a uma necessidade, através do desenvolvimento de um conjunto de atividades; implica autonomia, iniciativa e autenticidade por parte de quem o executa, na medida que se torna responsável pela tomada de decisão e pelo trabalho realizado, tornando-se num processo complexo, por vezes incerto, faseado e prolongado (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

2.2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa da metodologia de projeto, na qual se arquiteta um modelo descritivo da realidade que se pretende trabalhar e alterar (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

No seguimento daquele que havia sido o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio 1, pretendia-se continuar a investir na temática do reconhecimento da família como parte integrante dos cuidados de saúde, procurando estudar a sua importância. O contexto pandémico trouxe consigo danos psicológicos significativos para o doente e família, uma vez que havia acesso restrito às unidades de saúde e a comunicação era, por isso, muito limitada, o que veio reafirmar a importância de manter uma boa rede de apoio entre profissional de saúde, doente e família (Digby, et al., 2022). Posto isto, tornou-se ainda mais preponderante investir neste domínio, através do qual se pretende cimentar o conhecimento relativo à dinâmica doente e o seu familiar, em particular na área da cardiologia. Sendo a entrevista um dos instrumentos utilizados na prática clínica para a colheita de informação, necessidades e opiniões (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010), foi este o método utilizado para validar o diagnóstico da situação e identificar o objeto do estudo. Assim, tiveram lugar algumas entrevistas não estruturadas com a enfermeira gestora, a enfermeira supervisora do estágio e a professora orientadora de estágio, de forma individual ou grupo, para consensualizar o diagnóstico.

O diagnóstico de situação foi complementado com a aplicação do método de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), que fomentam a reflexão e a comparação dos aspetos positivos e negativos associados à situação em questão (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). A análise SWOT constitui um dos instrumentos mais utilizados para a elaboração de diagnósticos, conseguida através da construção de um quadro, subdividido em quadrantes que configuram as oportunidades, forças, fraquezas e ameaças (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

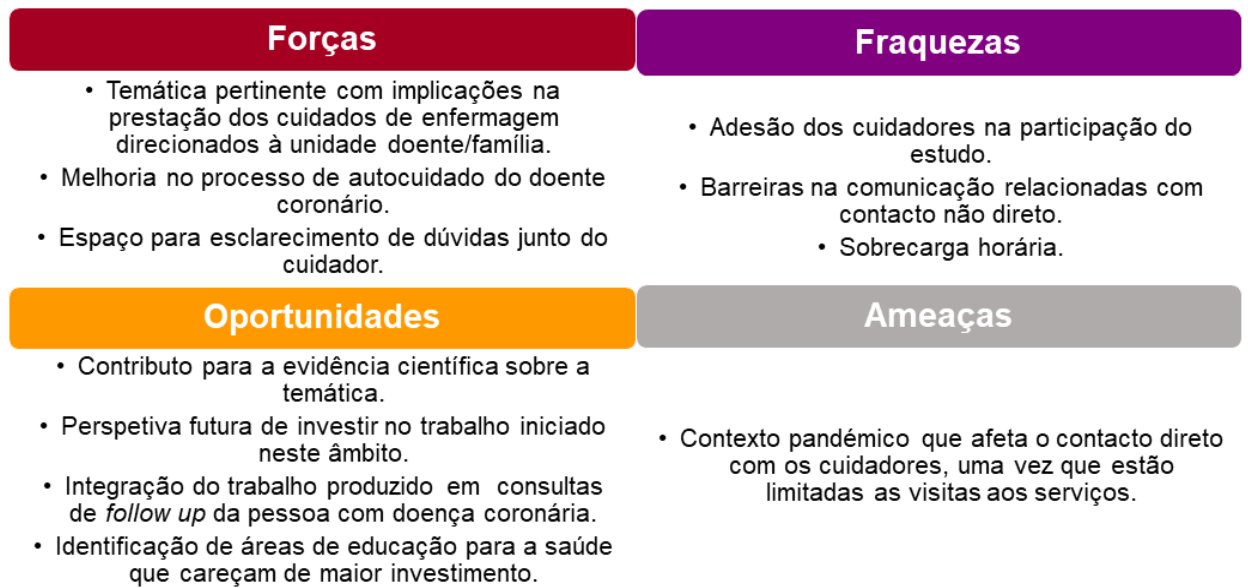


Figura nº 2 – Análise SWOT

Em resultado deste trabalho, surgiu a oportunidade de dedicar este processo formativo ao estudo do doente coronário e o seu cuidador/família; para o efeito, optou-se por traduzir uma escala que propõe a avaliação do contributo do cuidador no autocuidado da pessoa com doença coronária para a população portuguesa.

2.2.1.1. Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária

A escala original *Caregiver Contribution to Self Care of Coronary Heart Disease Inventory* (Anexo I) é da autoria de Ercole Vellone, membro do Centro Internacional de Investigação do Autocuidado (*The International Center for Self Care Research*), cuja visão passa pela promoção do autocuidado como uma prioridade individual, familiar e da sociedade, constituindo a primeira linha de abordagem em qualquer contacto em saúde (The International Center for Self Care Research, 2019). O mesmo grupo tem como missão liderar a pesquisa e o trabalho desenvolvido em torno do autocuidado, através de uma conceptualização clara e interdisciplinar, que resultará numa visão partilhada por todos os intervenientes (The International Center for Self Care Research, 2019).

A «Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária» (Apêndice I) (cujo processo de tradução para a língua portuguesa será descrito *a posteriori*) é constituída por 24 questões, divididas por secções, que correspondem às 3 dimensões do autocuidado: manutenção, monitorização e gestão. Importa ressaltar que todas as questões são dirigidas ao cuidador/familiar do doente coronário.

A **manutenção do autocuidado** é admitida como o conjunto de comportamentos praticado por um indivíduo, com o intuito preservar a sua saúde, melhorar o seu bem-estar e assegurar a sua estabilidade física e emocional, refletindo as recomendações dos profissionais de saúde e/ou do cuidador (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012). Perante um doente crónico, a manutenção do autocuidado tem como finalidade salvaguardar o estado de saúde e prevenir a exacerbação de sintomas (Riegel, Jaarsma, Lee, & Stromberg, 2019). Esta secção inclui 9 questões relacionadas com estilos de vida e regime terapêutico; os participantes indicam com que frequência recomendam cada comportamento ao doente crónico, numa escala que varia de 1 («nunca ou raramente») a 5 («sempre ou diariamente»), sendo definido como valor intermédio 3 («às vezes»).

A **monitorização do autocuidado** implica um processo observacional através do qual se procura objetivar alterações, sinais e sintomas, ou seja, é um procedimento rotineiro de monitorização e vigilância atenta do organismo (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012). Mais se acrescenta que uma monitorização ativa pressupõe a consciencialização e interpretação de sintomas e que, de forma irrefutavelmente, o doente mais capacitado para este reconhecimento é aquele que já os experienciou, tornando-se também o mais motivado para a adoção de comportamentos de autocuidado adequados (Riegel, Jaarsma, Lee, & Stromberg, 2019). É também evidente que a identificação precoce de sinais e sintomas, bem como o reconhecimento da sua gravidade, permite que intervenções adequadas sejam colocadas em prática, prevenindo o agravamento da situação (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012). De forma semelhante à dimensão apresentada anteriormente, nesta secção é avaliada a frequência com que o familiar/cuidador recomenda a monitorização de alguns aspetos através de 7 questões, sendo utilizada a mesma escala numérica. Ainda a integrar a dimensão da monitorização, são apresentadas 2 questões sobre o reconhecimento de sintomas pelo familiar/cuidador. Na eventualidade de o indivíduo com doença coronária nunca ter apresentado sintomatologia, é atribuída a classificação de «não aplicável (N/A)». No entanto, caso o doente tenha apresentado algum sintoma compatível com a patologia cardíaca, é pretendido avaliar a forma como o cuidador reconhece essas alterações através de uma escala numérica que varia de 0 a 5 (0 «não reconheci o sintoma»; 1 «de forma lenta»; 3 «de forma normal»; 5 «de forma muito rápida»).

A **gestão do autocuidado** pressupõe a avaliação das alterações físicas ou emocionais, reconhecendo se as mesmas carecem de intervenção (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012). Os indivíduos que conseguem fazer uma boa gestão do autocuidado têm a capacidade de compreender o significado das alterações, equacionar as possibilidades e tomar uma decisão refletida, ainda para mais no caso da doença crónica, cujos sinais, sintomas e intervenções são particulares de cada uma e mais específicos (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012). Nesta

última secção, o familiar/cuidador é questionado sobre a probabilidade de recomendar 5 comportamentos numa escala numérica que varia de 1 («nada provável») a 5 («muito provável»), estando definido como valor intermédio 3 («provável»). Finalmente, a última questão da escala procura avaliar se cuidador/familiar percecionou de forma positiva o resultado da sua intervenção junto do individuo com sintomas de doença cardíaca; uma vez mais, é utilizada uma escala numérica de 0 a 5 (0 «não realizei nenhum procedimento»; 1 «não tenho a certeza»; 3 «tenho alguma certeza»; 5 «com certeza absoluta»).

2.2.1.2. Objetivos

Após ter sido definido o diagnóstico da situação, torna-se imperioso traçar os objetivos, de modo que fique descrito os resultados que se propõe alcançar com a implementação do presente projeto. A definição de objetivos pode incluir diferentes níveis de especificidade e é assumido como uma representação antecipatória do que será realizado em torno da atividade de intervenção major (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O **objetivo geral** do projeto de intervenção é **avaliar o contributo do cuidador no autocuidado da pessoa com doença coronária através da aplicação da «Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária»**.

Os **objetivos específicos** definidos para esta estratégia foram os seguintes:

- Traduzir e adaptar um instrumento de avaliação que permitirá avaliar o contributo do cuidador no autocuidado do doente coronário para a língua e cultura portuguesa.
- Aplicar a escala à amostra populacional definida.
- Aferir o impacto da intervenção do cuidador na manutenção, monitorização e gestão do autocuidado da pessoa com doença coronária, face aos resultados esperados.
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem direcionados ao doente coronário e seu cuidador/família, incluindo este último como elemento fundamental no processo de cuidados.
- Adaptar para a cultura portuguesa um instrumento que permite a monitorização dos cuidados de enfermagem na perspetiva do cuidador, bem como uma potencial avaliação dos resultados das intervenções implementadas em diferentes momentos.

2.2.1.3. Implicações éticas

A perspetiva ética deve reger todas as etapas do processo de investigação, assumindo-se uma conduta baseada na qualidade ética e no respeito pelos princípios e valores (Nunes, Aspectos Éticas na investigação de Enfermagem, 2020). Os investigadores devem basear a

sua prática nos princípios fundamentais da integridade que contemplam a fiabilidade, a honestidade, o respeito e a responsabilidade; estes devem assumir um compromisso no que diz respeito aos desafios práticos, éticos e intelectuais, que vão surgindo ao longo do trabalho (All European Academies, 2018).

Primeiramente, foi necessário solicitar autorização para proceder à tradução da escala para a língua portuguesa: foi enviado ao autor um email com a descrição do que se pretendia realizar, bem como o contrato de tradução de escala assinado pelo estudante. Após ter sido concedida a autorização, foi iniciado o processo de tradução, de acordo com as recomendações do autor, pelo que foram selecionados 2 tradutores portugueses independentes, um deles profissional de saúde e, por isso, familiarizado com os termos e, um outro, perito da língua inglesa, mas sem relação com a área da saúde. Deste trabalho resultou duas traduções, alvo de análise e discussão que, mantendo a paridade com a escala original, combinadas deram origem à primeira versão. Numa fase posterior, foram recrutados 2 novos tradutores para realizar uma retradução da versão portuguesa; foi assegurado que ambos tinham como língua materna o inglês, sem formação na área da saúde, sem acesso à versão original e que trabalharam de forma independente. Estas duas novas versões em inglês, semelhantemente ao que já havia sido realizado, resultaram numa versão final em inglês, que foi enviada para o autor para uma última análise. O autor realizou algumas alterações, que foram analisadas e aceites. A tradução da escala para português encontra-se publicada no site do Centro Internacional de Investigação do Autocuidado e pode ser acedido através do seguinte *link* <http://self-care-measures.com/project/caregiver-contribution-cc-scchdi-v3-portuguese-2-2-3-2/>.

Após ter sido realizado o diagnóstico de situação, a forma como seria implementado o projeto foi um processo complexo, que obrigou a muita reflexão e várias entrevistas não estruturadas com os intervenientes do contexto clínico e de ensino. De acordo com indicação fornecida pelo grupo de investigação, seria necessário reunir 200 entrevistas para a validação da escala, processo a realizar mais tarde após a conclusão do relatório. Visto ser este um número bastante elevado e por se acreditar que este trabalho representa também um contributo para a realidade profissional do mestrando, ficou acordado que os questionários seriam aplicados ao cuidador/familiar do doente coronário no contexto cirúrgico (UCI CCT do CH), a doentes internados no Serviço de Cardiologia do hospital onde exerce funções e a doentes intervencionados no mesmo hospital. Deste modo, foi necessário dar respostas a todos os procedimentos éticos inerentes à execução do projeto, junto das instituições envolvidas no mesmo. Foi submetido o pedido de parecer da Comissão de Ética para estudos de investigação do IPB, cujo parecer foi favorável (Anexo II). De modo semelhante, foi apresentado o projeto à Comissão de Ética do hospital onde exerce funções, que concedeu a

autorização (Anexo III) para também implementar o projeto de intervenção nessa instituição. Foi também solicitado parecer à Comissão de Ética do CH, cujo parecer foi favorável (Anexo IV).

O enfermeiro tem o dever de assegurar o cumprimento dos direitos humanos em qualquer circunstância, pelo que é imprescindível que se forneça a informação adequada e oportunamente, de forma a ser tomada uma decisão esclarecida quanto a tratamentos e procedimentos, não excluindo a participação em estudos (Nunes, 2020). Para a implementação do projeto, foi necessário obter o consentimento livre e esclarecido dos participantes. Tendo em consideração a situação pandémica da altura, o contacto direto e pessoal com o cuidador do doente coronário encontrava-se muito limitado, pelo que se assumiu que o contacto seria realizado mais frequentemente por telefone. Assim, em cada contacto, foi explicado no que consistia o projeto e qual o seu propósito, o Consentimento Informado foi lido, assegurada a sua total compreensão e formalizada a autorização para participar no estudo. O documento foi elaborado com o intuito de poder ser também facultado ao participante sempre que houvesse essa oportunidade. Foi assegurado e respeitado o direito de recusa de participação.

Para além dos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem e que devem ser considerados também em contexto de projeto de intervenção, há que ressaltar que estudos na área da saúde, nomeadamente na área de enfermagem, envolvem uma população mais vulnerável (Nunes, 2020). A consciencialização de que se está perante um grupo fragilizado física e emocionalmente, de uma forma permanente ou transitória, determina um maior zelo por parte do investigador, devendo adotar uma atitude de beneficência e proteção, na medida em que uma escolha livre e esclarecida pode não ser simples (Nunes, 2020).

2.2.2. Planeamento e execução da atividade

O planeamento constitui a fase do projeto de intervenção na qual se define um esboço do trabalho a desenvolver, se realiza o levantamento de recursos, se selecionam estratégias e meios a utilizar e se reconhecem limitações para a sua execução (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Por fim, na fase de execução, é colocado em prática tudo aquilo que foi projetado, ou seja, o esboço ganha forma e torna-se real (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). É nesta fase que, por vezes, o planeado não corresponde à realidade, pelo que é fundamental que se estude a situação, se mobilizem meios e se tomem medidas que garantam que os objetivos do projeto não fiquem comprometidos – a execução é assumidamente transformadora (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Desde o primeiro momento, foi claro o desafio que representava o presente trabalho, maioritariamente justificado pelo contexto pandémico, pelo que se reuniu esforços para superar as adversidades. O reconhecimento da impossibilidade de colher dados no local de estágio uma vez que a autorização fora concedida quase em simultâneo com o término do mesmo representou uma das maiores adversidades. Após análise e reflexão da situação com a professora orientadora e com a supervisora do estágio, optou-se por incluir cuidadores/familiares de doentes apenas do contexto profissional.

Inicialmente, projetou-se aplicar a escala aquando da visita presencial do familiar ao doente coronário com doença já diagnosticada; no entanto, há que ter em consideração que este período de tempo era restrito a um membro da família (que podia não coincidir com o cuidador), constituíam momentos obrigatoriamente limitados (período de tempo não superior a 15 minutos) e incertos (variável de acordo com a realidade do serviço), o que representou um constrangimento para a execução do projeto.

O contacto telefónico tornou-se uma opção facilitadora do processo. De uma amostra inicial de 2315 doentes que realizaram angioplastia no laboratório de Hemodinâmica do hospital onde exerce funções entre janeiro de 2016 e dezembro 2020 (dados obtidos através do sistema de informação CardioBase), foram aleatorizados indivíduos para serem contactados telefonicamente, até perfazer um total de 200 entrevistas efetivadas. As entrevistas foram realizadas entre julho de 2021 e dezembro de 2021, decorreram maioritariamente durante o período da tarde e tinham a duração em média de 12 minutos. O processo de entrevistas encontra-se expresso no seguinte fluxograma.

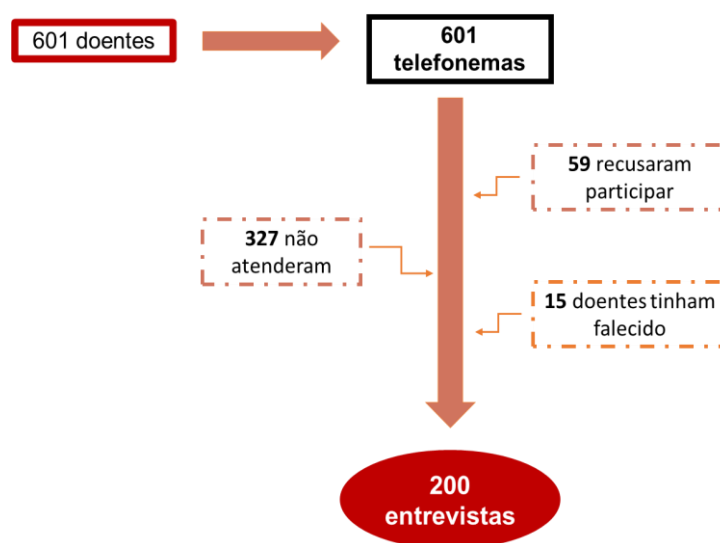


Figura nº 3 – Processo de entrevistas

Dado só ter disponível o número de telefone do doente, o contacto era sempre estabelecido com este, sendo elucidado do que se pretendia e acordada a forma de entrevistar o seu cuidador. Estabelecido o contacto, este último era elucidado quanto ao intuito do estudo, lido o consentimento informado e, sempre que aceite, o questionário sociodemográfico e a escala eram aplicados sob a forma de entrevista. Rapidamente, se concluiu que seria vantajoso dispor também de um questionário em formato eletrónico, de modo que pudesse ser preenchido pelo cuidador num momento posterior ao contacto, uma vez que foi frequente a indisponibilidade para responder no imediato por falta de tempo. Foi reproduzido o questionário através do *Google Forms* e enviado para o endereço email do participante, sempre que autorizado. Importa salientar que, após a aplicação dos questionários aos cuidadores, ao identificar as áreas de conhecimento mais deficitárias, proporcionava-se pequenos momentos de educação para a saúde através do esclarecimento de dúvidas sobre comportamentos de autocuidado do doente coronário; a informação fornecida era alvo de validação.

2.2.3. Resultados

A divulgação de resultados é a fase que justifica a pertinência do estudo e apresenta o produto do trabalho desenvolvido para a resolução do problema apontado; gera informação científica, sensibiliza outros profissionais para a temática em estudo e abre espaço à discussão de estratégias que permitem minimizar a problemática em questão, em diferentes contextos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Tendo em consideração o suprarreferido, procedeu-se ao tratamento dos elementos obtidos pela aplicação do questionário sociodemográfico e da «Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária», apresentando-se, nos pontos seguintes, de forma detalhada, os resultados obtidos.

2.2.3.1. Dados demográficos

Tal como referido anteriormente, o tamanho da amostra foi indicado pelo autor da escala com o intuito de facilitar o processo de validação da mesma. Ainda que inicialmente se pretendesse incluir cuidadores de doente cirúrgicos, tal não se mostrou exequível face à morosidade no processo de submissão e aceitação da implementação do projeto pelo CH. Assim, optou-se por incluir apenas doentes do internamento ou intervencionados no hospital onde exerce funções, podendo ser seguidos em consulta ou não. Ser familiar/cuidador de um indivíduo com o diagnóstico de doente coronário, sem alteração do seu estado cognitivo e

idade superior a 18 anos constituíram os critérios de inclusão. Foi obtida resposta a 200 questionários. De modo a ser possível o estudo da amostra, foram aplicados questionários sociodemográficos a cada um dos entrevistados, cujos resultados são apresentados seguidamente.

Através da análise dos dados sociodemográficos, é possível aferir que os participantes eram maioritariamente do género feminino (n=177), constituindo 88% da amostra.

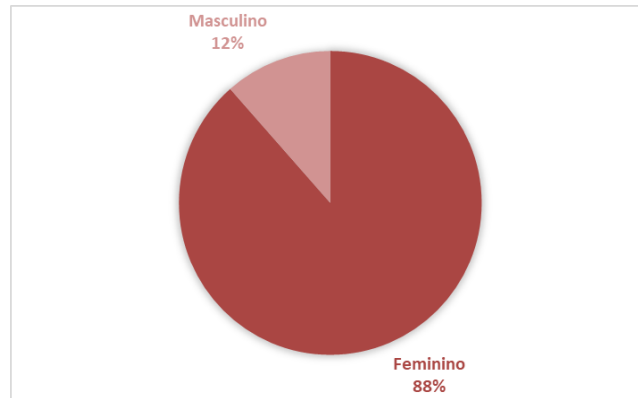


Gráfico n° 1 – Distribuição da amostra por género

O familiar/cuidador mais novo tinha 25 anos e o mais velho 82 anos, verificando-se que a média de idades é de 58.98 anos. A faixa etária com maior prevalência é a dos 61 aos 70 anos.

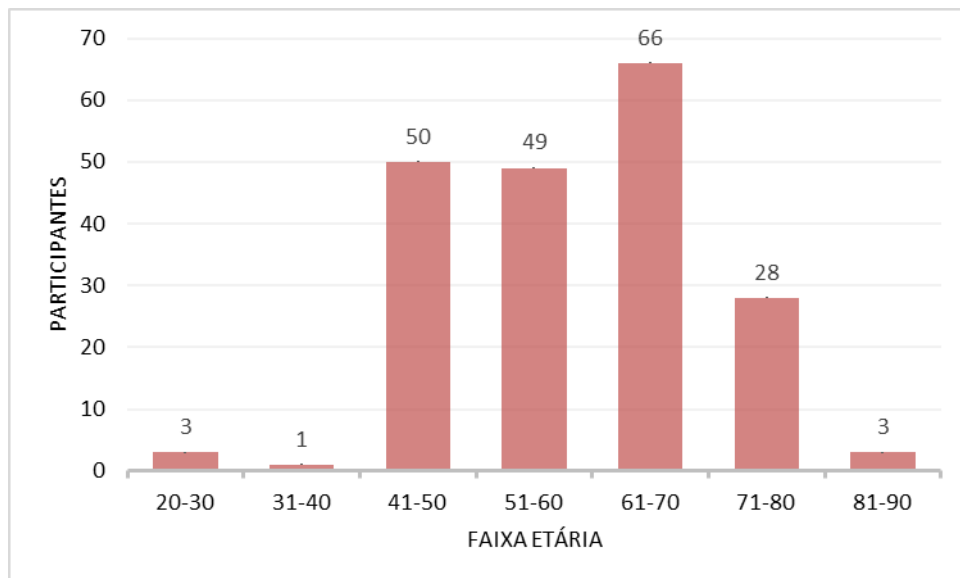


Gráfico n° 2 – Distribuição da amostra por faixa etária

Relativamente às habilitações literárias, foi possível apurar que 42% dos participantes tinham estudado até ao 1º ciclo do ensino básico e que 15% possuíam um grau académico de nível superior. Há que ressaltar que nenhum dos inquiridos possuía doutoramento.

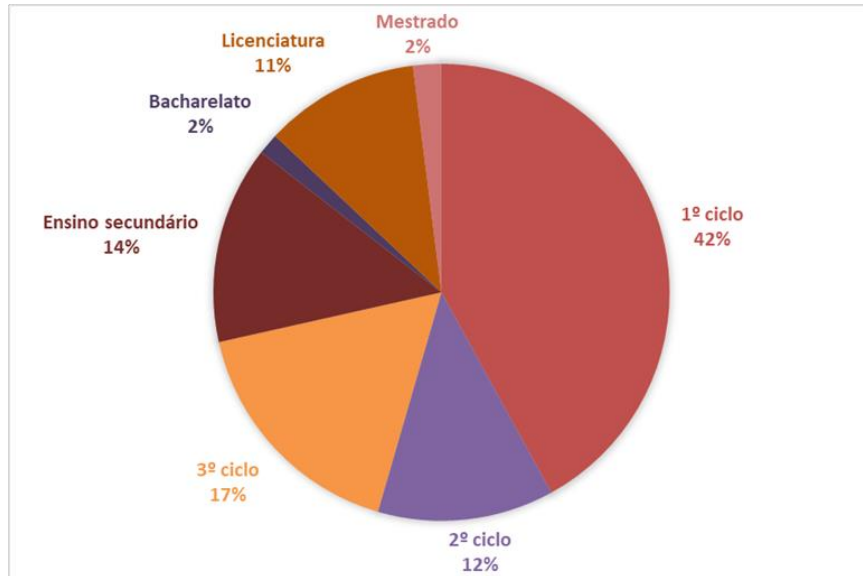


Gráfico n.º 3 – Distribuição da amostra por habilitações literárias

Os dados demonstram que quase metade da amostra são trabalhadores ativos (n=97), enquanto os restantes são reformados, estão desempregados ou se dedicam ao trabalho doméstico em sua casa.

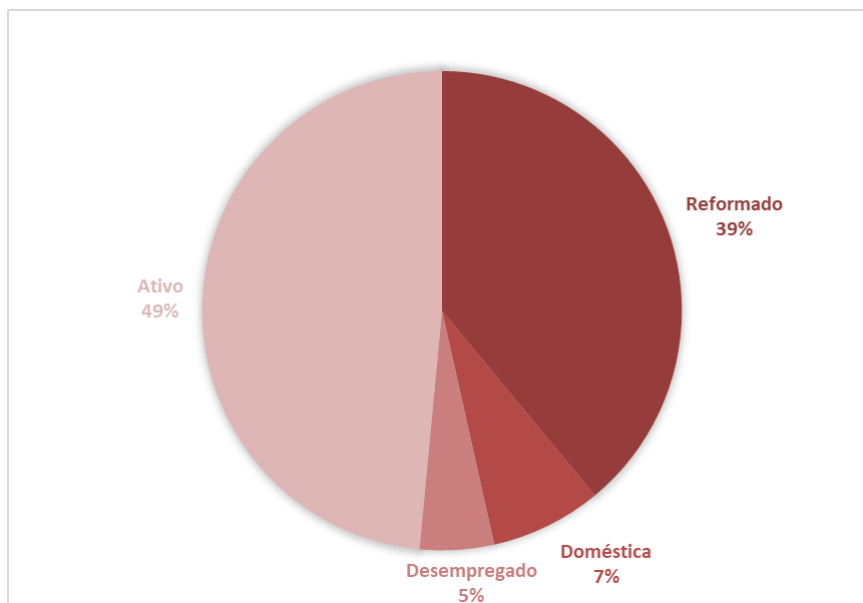


Gráfico n.º 4 – Distribuição da amostra por situação profissional

Finalmente, importava compreender o grau de parentesco do cuidador relativamente ao doente coronário; registou-se que a maioria dos intervenientes do estudo viviam numa relação conjugal com o doente crónico (n=143), que 18% eram filho/a do doente crónico e que apenas 2% eram neta/o. Todos os cuidadores entrevistados possuíam 1º ou 2º grau de parentesco com o doente, não se tendo apurado nenhuma relação informal ou sem grau de parentesco.

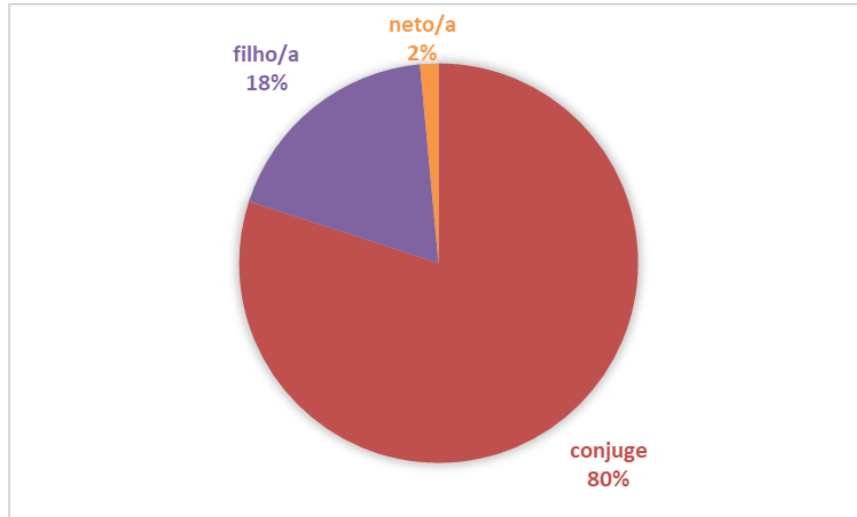


Gráfico nº 5 – Distribuição da amostra por grau de parentesco com o doente coronário

2.2.3.2. Aplicação da Escala

As questões da escala estão organizadas em 3 grupos:

- Dimensão da **manutenção** do autocuidado;
- Dimensão da **monitorização** do autocuidado;
- Dimensão da **gestão** do autocuidado.

Da análise das respostas obtidas para o conjunto das questões relativas à **manutenção**, obtiveram-se os resultados que a seguir se indicam.

No que concerne à primeira questão, com que frequência recomendam ao seu familiar que mantenha consultas com o médico ou enfermeiro, 92% dos inquiridos faziam essa recomendação, sendo que 61% afirmou que o faziam sempre ou diariamente e apenas 8% entrevistados assumiram que nunca ou raramente o faziam.

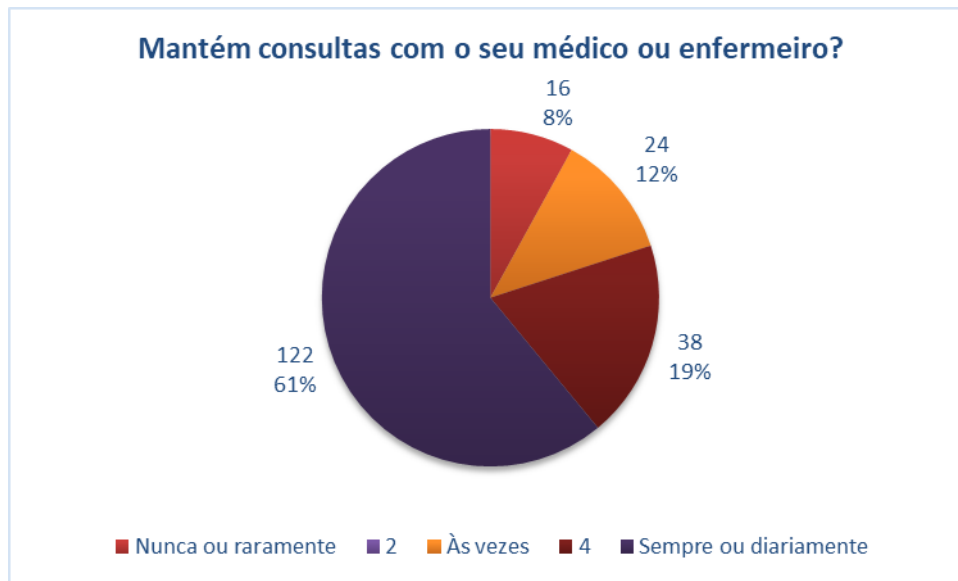


Gráfico nº 6 – Respostas à pergunta nº 1 (dimensão manutenção do autocuidado)

Relativamente à toma da aspirina ou outro antiagregante/anticoagulante, verificou-se que a maioria dos cuidadores faziam esta recomendação (91%), sendo que 65% a recomendavam sempre ou diariamente. Apenas 3% dos participantes afirmaram que nunca ou raramente fizeram esta recomendação.

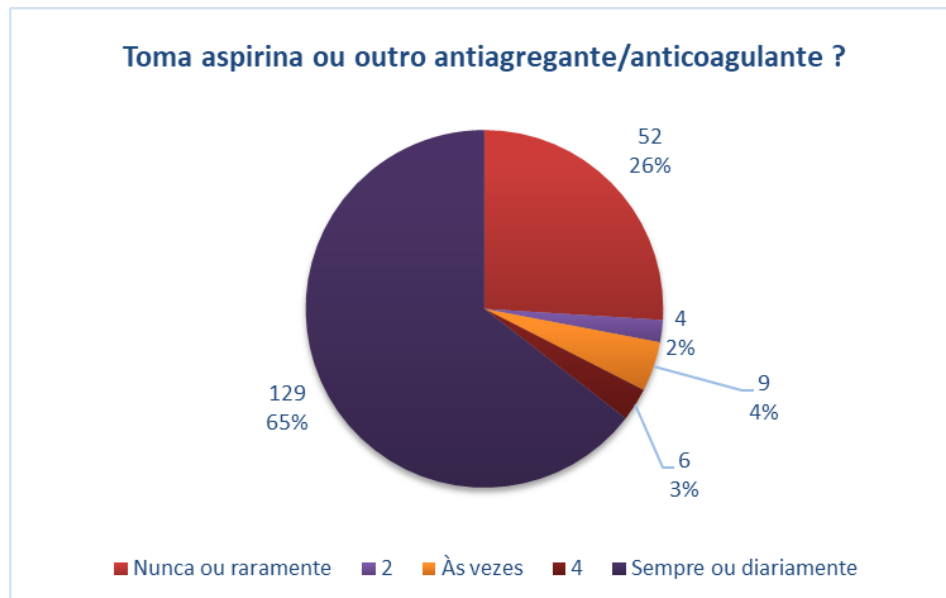


Gráfico nº7 – Respostas à pergunta nº 2 (dimensão manutenção do autocuidado)

Verifica-se que 28% dos participantes nunca ou raramente sugerem ao doente coronário que realize alguma atividade para aliviar o stress, 15% assumem fazê-lo às vezes e 33% recomendam esta atividade sempre ou diariamente.



Gráfico nº 8 – Respostas à pergunta nº 3 (dimensão manutenção do autocuidado)

A realização de atividade física, como por exemplo dar uma caminhada, é um comportamento recomendado sempre ou diariamente por 33% dos participantes no estudo. No entanto, semelhantemente ao que se constatou na questão anterior, mais de 20% dos cuidadores nunca ou raramente recomendaram este comportamento.

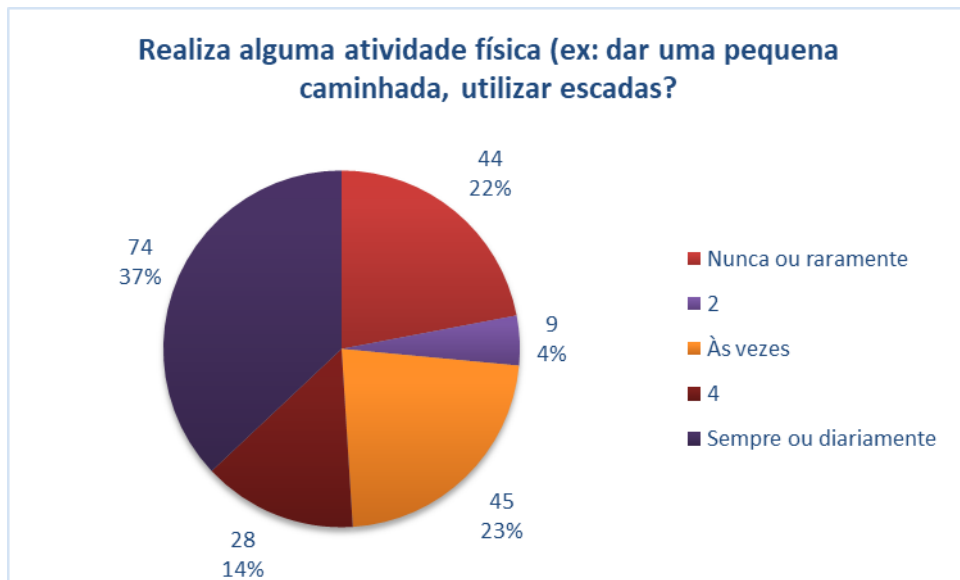


Gráfico nº 9 – Respostas à pergunta nº 4 (dimensão manutenção do autocuidado)

A maioria dos participantes refere aconselhar sempre ou diariamente a toma da medicação sem falhas ao seu familiar (65%), enquanto 26% admitiram fazê-lo raramente ou nunca.

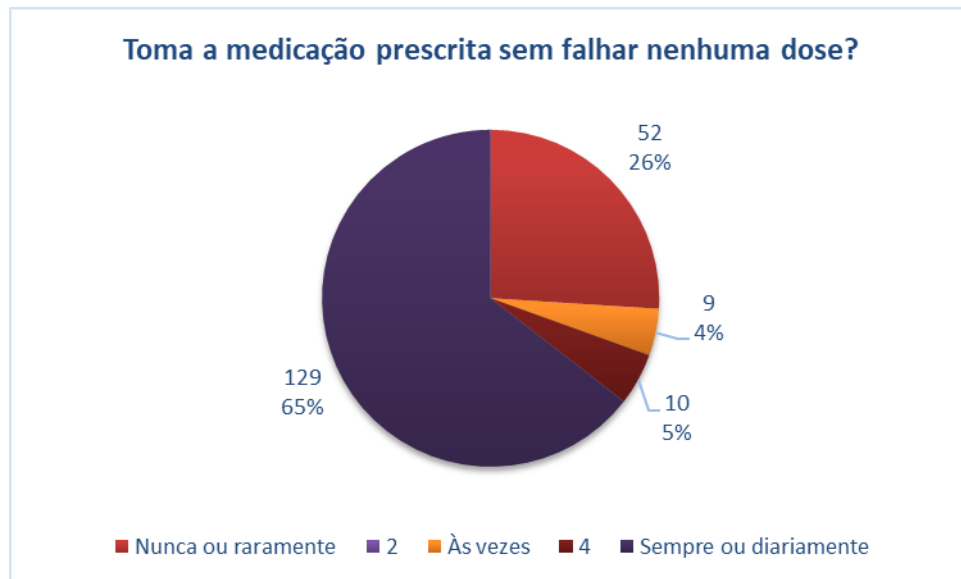


Gráfico nº 10 – Respostas à pergunta nº 5 (dimensão manutenção do autocuidado)

Relativamente a refeições que são realizadas fora de casa, é assumido que 42% dos cuidadores sugerem que o doente peça alimentos com baixo teor em gordura, 18% recomendam-no às vezes e 21% posicionam a sua avaliação de aconselhamento num valor intermédio («4»), que se assumiu como frequentemente.

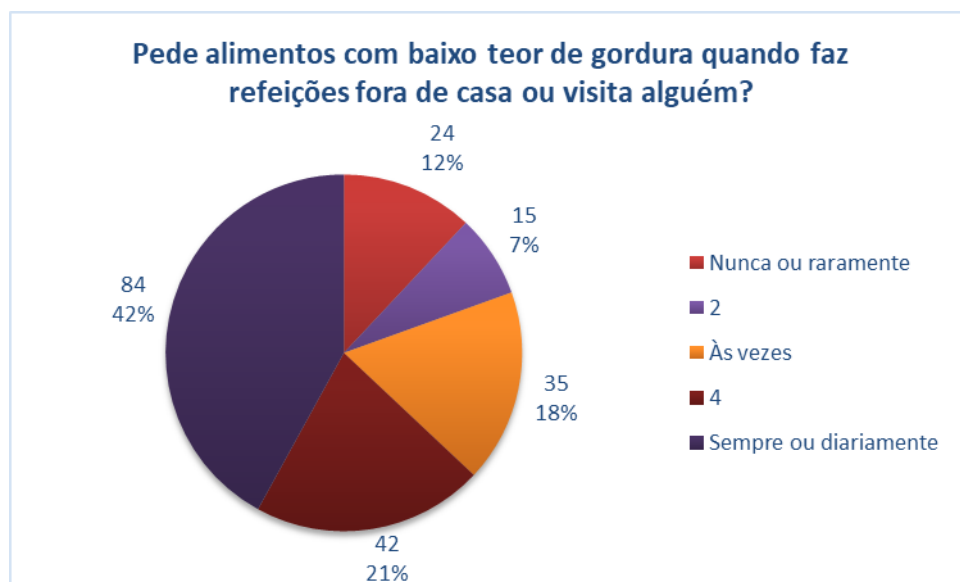


Gráfico nº 11 – Respostas à pergunta nº 6 (dimensão manutenção do autocuidado)

As sugestões relativas à prevenção da doença foram fornecidas sempre ou diariamente 52% dos participantes e frequentemente (valor «4») por 25%, o que no total representa mais

de 3/4 da população estudada; ainda assim, 12% da amostra refere que nunca ou raramente faz este tipo de recomendação.

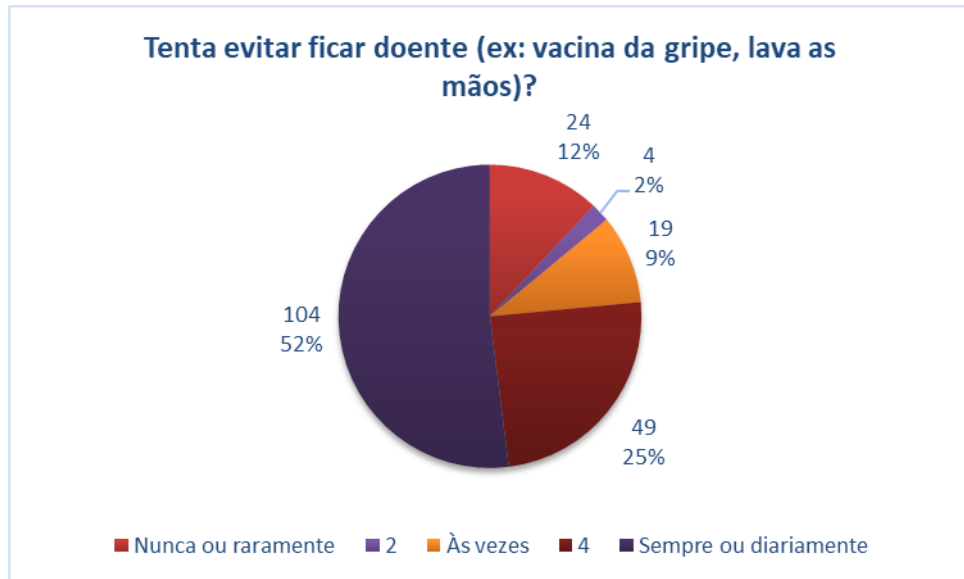


Gráfico nº 12 – Respostas à pergunta nº 7 (dimensão manutenção do autocuidado)

Relativamente ao consumo de frutas e vegetais, a maioria dos cuidadores (67%) assume fazer esta recomendação sempre ou diariamente.

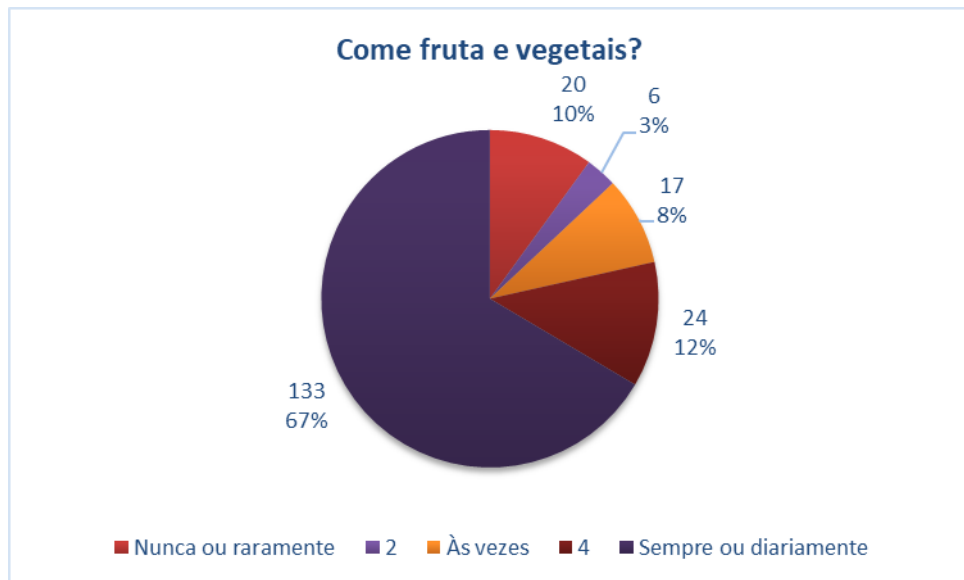


Gráfico nº 13 – Respostas à pergunta nº 8 (dimensão manutenção do autocuidado)

Quando questionados com que frequência recomendavam ao seu familiar que evitasse fumar ou locais com fumo, 54% dos cuidadores afirmavam fazê-lo sempre ou diariamente, enquanto 39% referiram nunca ou raramente.

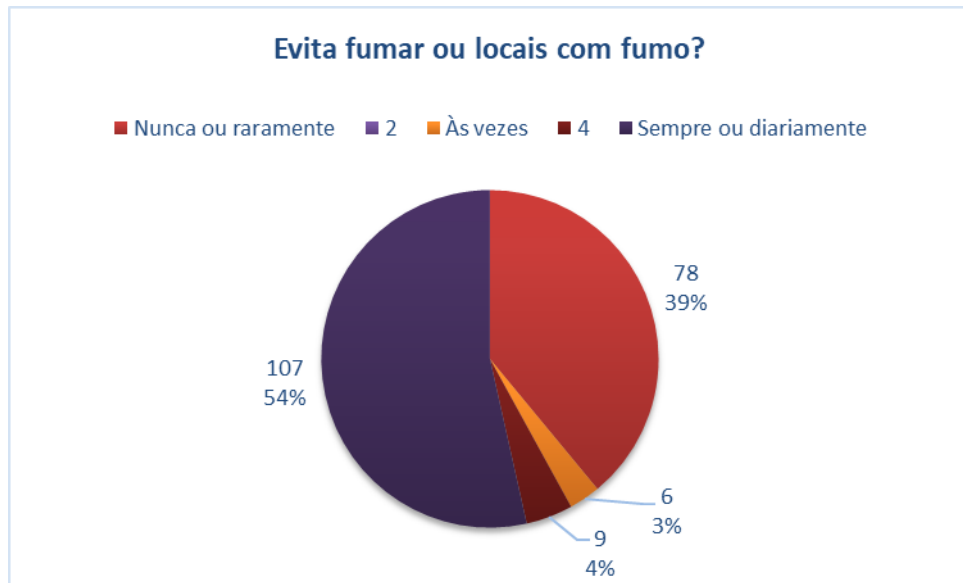


Gráfico nº 14 – Respostas à pergunta nº 9 (dimensão manutenção do autocuidado)

Seguidamente, proceder-se-á à apresentação dos resultados às questões relativas à **monitorização** do autocuidado.

Verificou-se que 42% dos participantes sugerem sempre ou diariamente que o doente crónico monitorize o seu estado (gráfico nº15), 29% fazem-no de forma frequente e apenas 10% assume nunca fazer essa recomendação. Quando questionados com que frequência aconselham o doente a prestar atenção à forma como se sente, foram obtidos resultados muito idênticos à questão anterior, como pode ser observado no gráfico nº16.

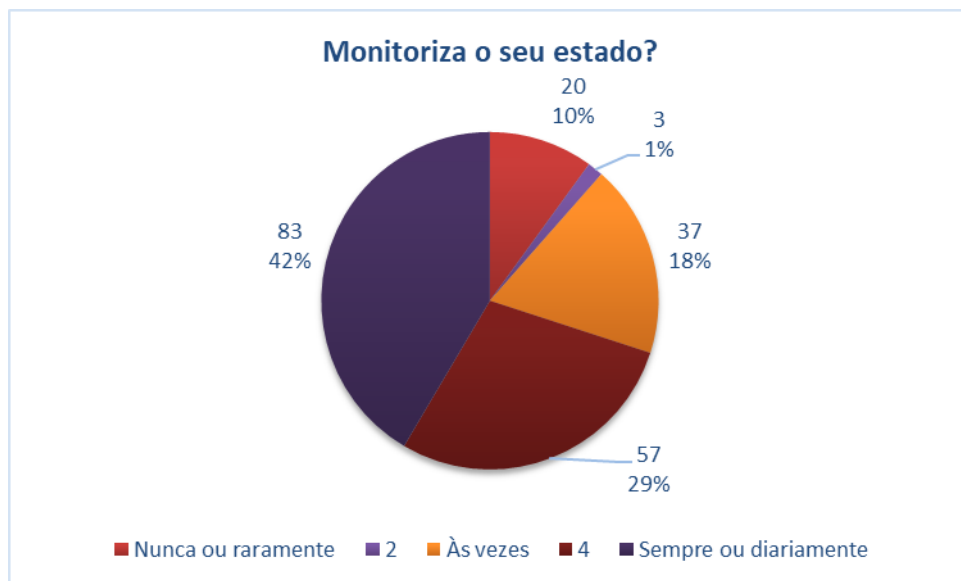


Gráfico nº 15 – Respostas à pergunta nº 10 (dimensão monitorização do autocuidado)

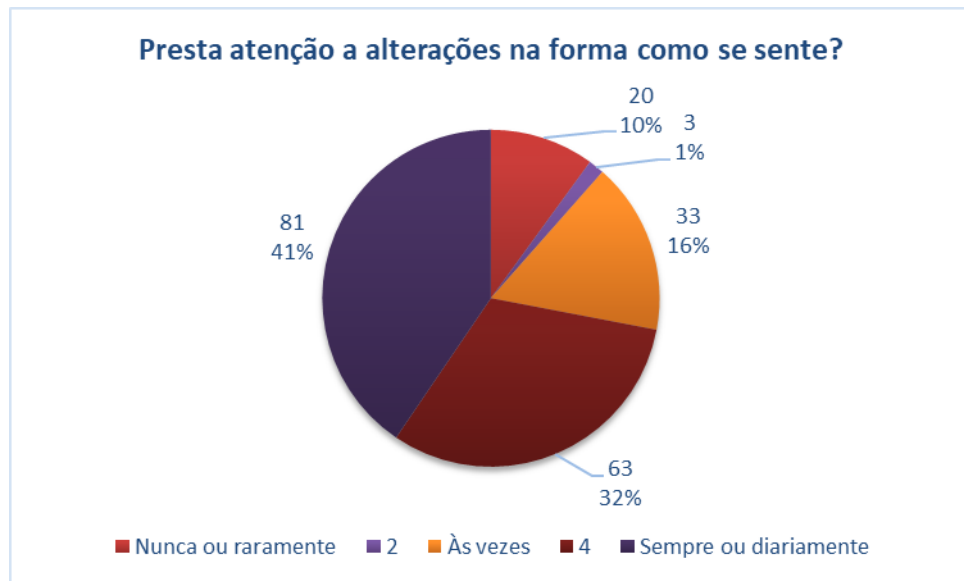


Gráfico nº 16 – Respostas à pergunta nº 11 (dimensão monitorização do autocuidado)

A avaliação da tensão arterial é aconselhada sempre ou diariamente por 33% da amostra, 20% recomendam-no às vezes e 16% assumem nunca o fazer.

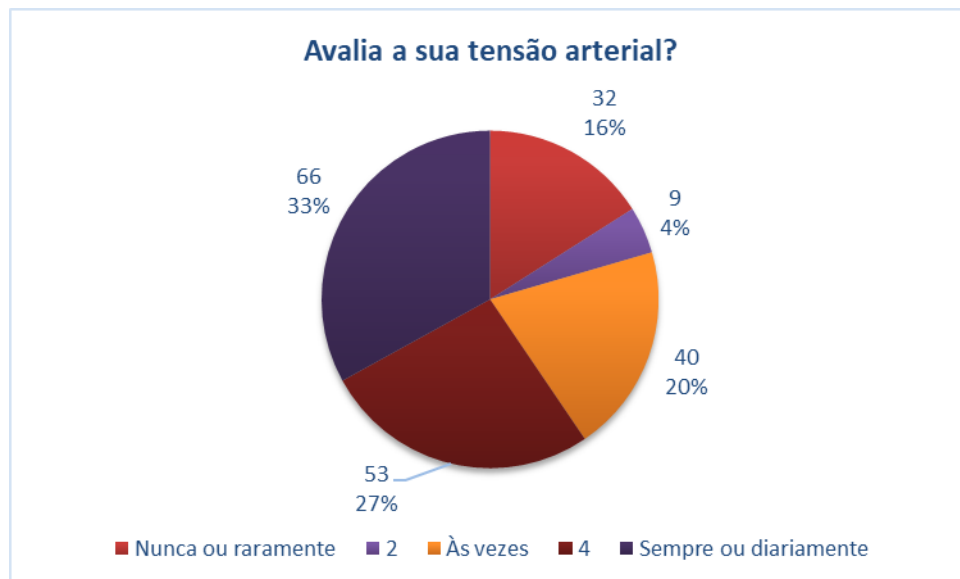


Gráfico nº 17 – Respostas à pergunta nº 12 (dimensão monitorização do autocuidado)

À questão com que frequência recomenda que o seu familiar avalie se sente mais cansaço do que o habitual na realização de atividade normais, 35% dos cuidadores responderam que sempre ou diariamente e 13% responderam frequentemente (valor «4»), constituindo estes dois grupos 74% da amostra.

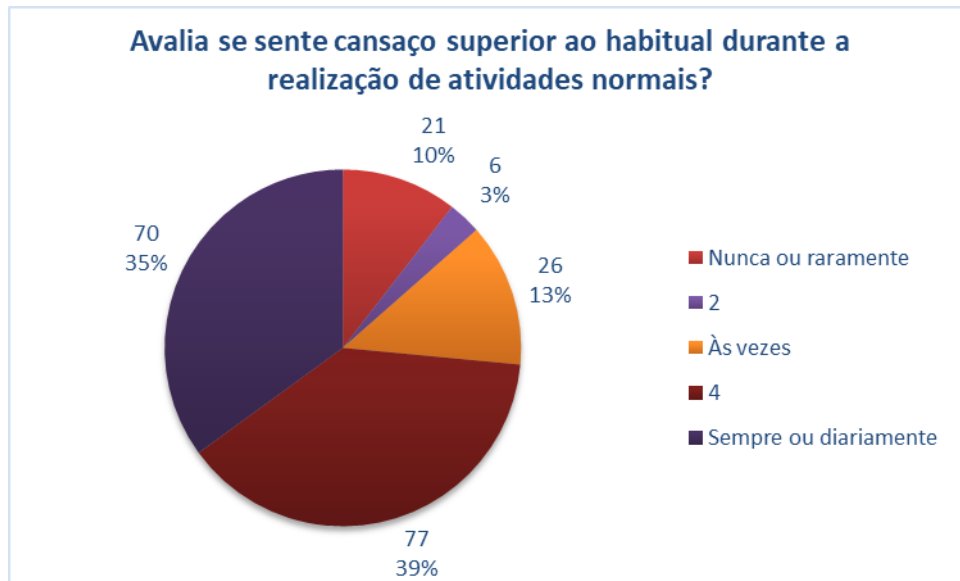


Gráfico nº 18 – Respostas à pergunta nº 13 (dimensão monitorização do autocuidado)

No que diz respeito à monitorização de efeitos secundários à medicação, 28% dos participantes referiram fazê-lo diariamente, 20% frequentemente (valor «4»), 27% às vezes e 21% nunca ou raramente.

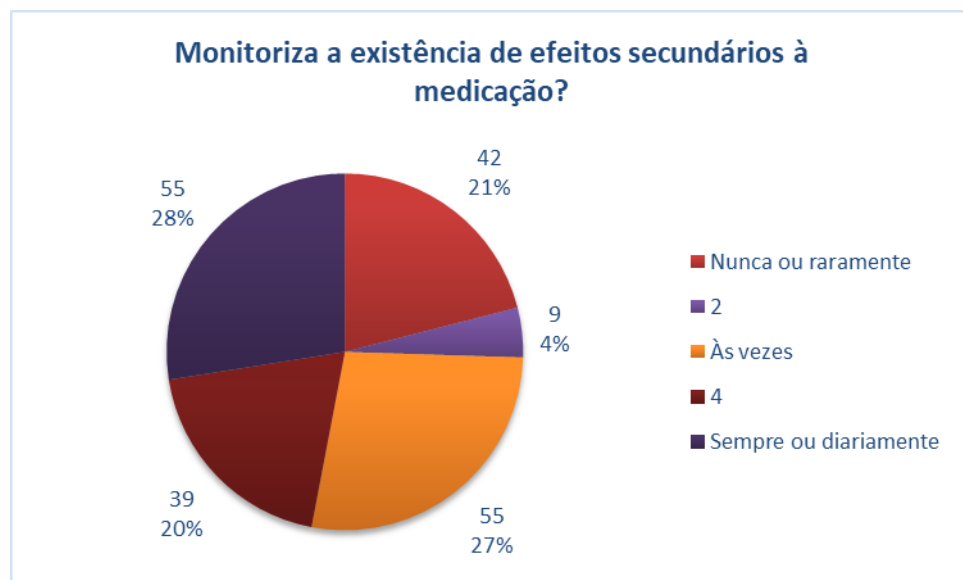


Gráfico nº 19 – Respostas à pergunta nº 14 (dimensão monitorização do autocuidado)

Relativamente à monitorização de sintomas, 39% dos participantes recomendam sempre este comportamento e 30% fazem-no de forma frequente (valor «4»).

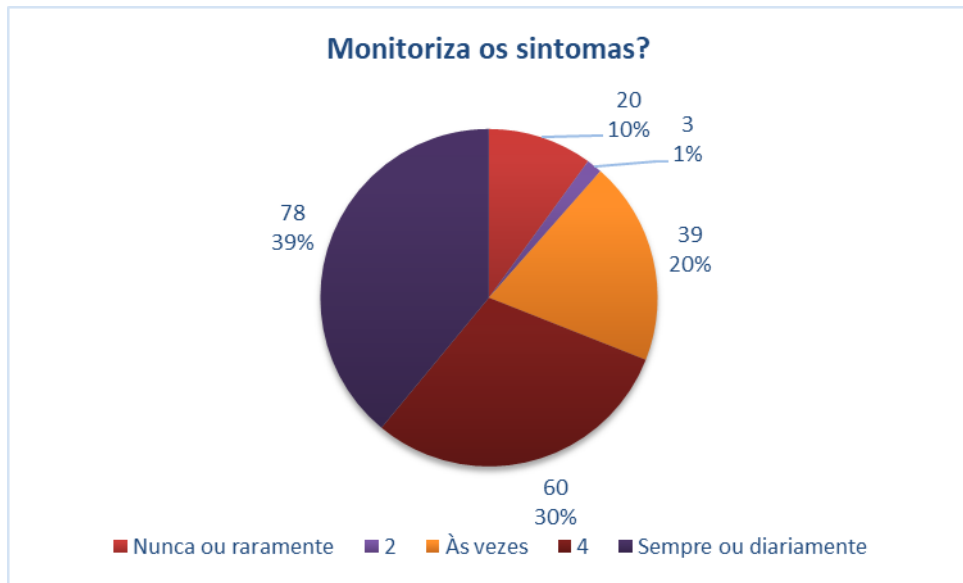


Gráfico nº 20 – Respostas à pergunta nº 15 (dimensão monitorização do autocuidado)

A monitorização do peso corporal é recomendada sempre ou diariamente apenas por 17% dos participantes, enquanto 25% da amostra assumem fazê-lo nunca ou raramente e outros 25% fazem-no às vezes.

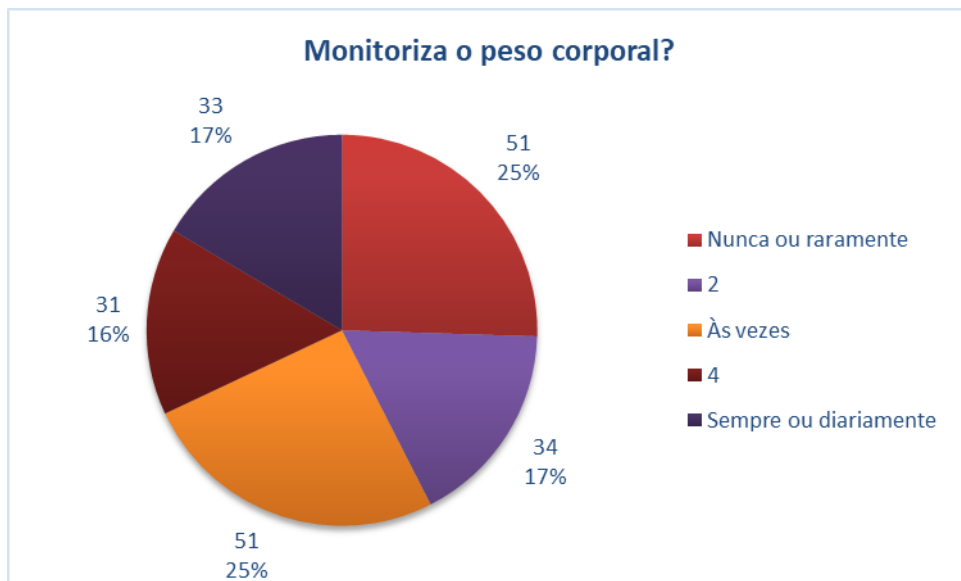


Gráfico nº 21 – Respostas à pergunta nº 16 (dimensão monitorização do autocuidado)

Na última questão deste grupo, foi pedido aos participantes que pensassem na última vez que a pessoa de quem cuidavam tinha apresentado sintomas característicos da doença, tendo sido dado exemplos dos mesmos. Relativamente ao reconhecimento de um sintoma como sintoma cardíaco, 37% dos familiares afirmaram que o doente coronário não teve sintomas.

Dos familiares dos doentes que tiveram sintomas (n=126), aproximadamente 70% dos indivíduos referem ter reconhecido de forma muito rápida o sintoma como sendo cardíaco ou devido à doença cardíaca, tal como observado nos gráficos seguintes.

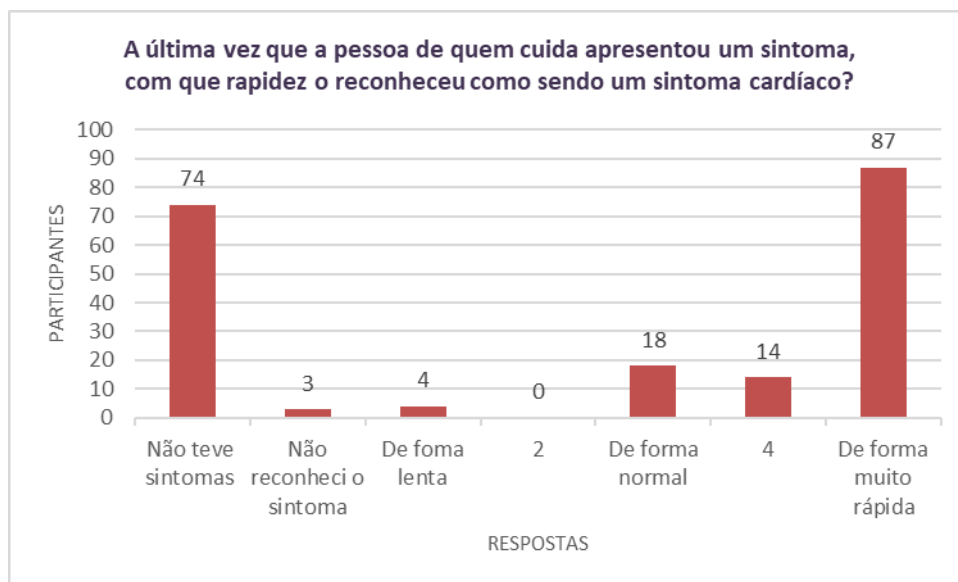


Gráfico nº 22 – Respostas à pergunta nº 17 (dimensão monitorização do autocuidado)

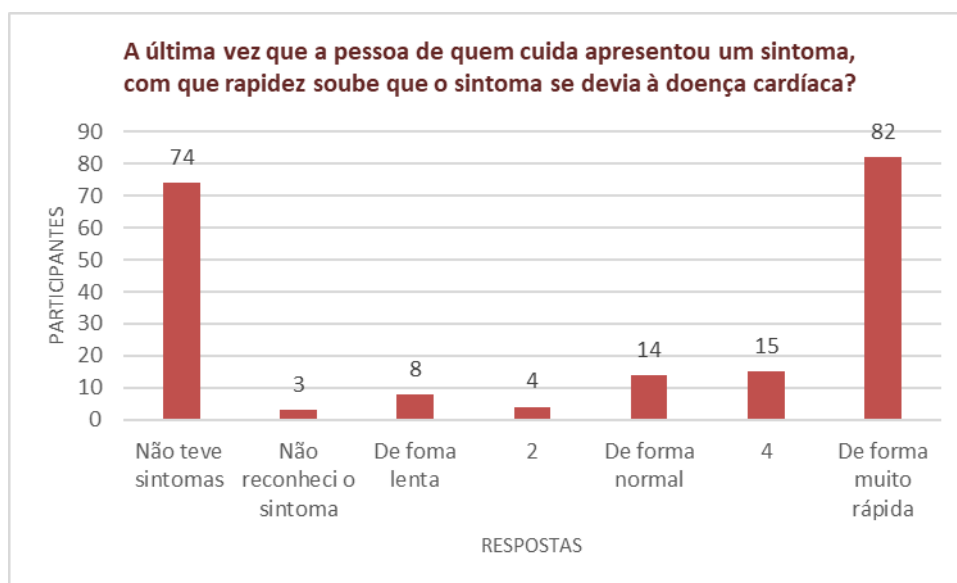


Gráfico nº 23 – Respostas à pergunta nº 18 (dimensão monitorização do autocuidado)

A última secção do questionário, é referente à **gestão** do autocuidado, nomeadamente a comportamentos utilizados pela pessoa com doença cardíaca para controlo de sintomas.

Quando questionados sobre a probabilidade de recomendar à pessoa de quem cuida que altere o nível de atividade na presença de sintomas, só 4% responderam nada provável.

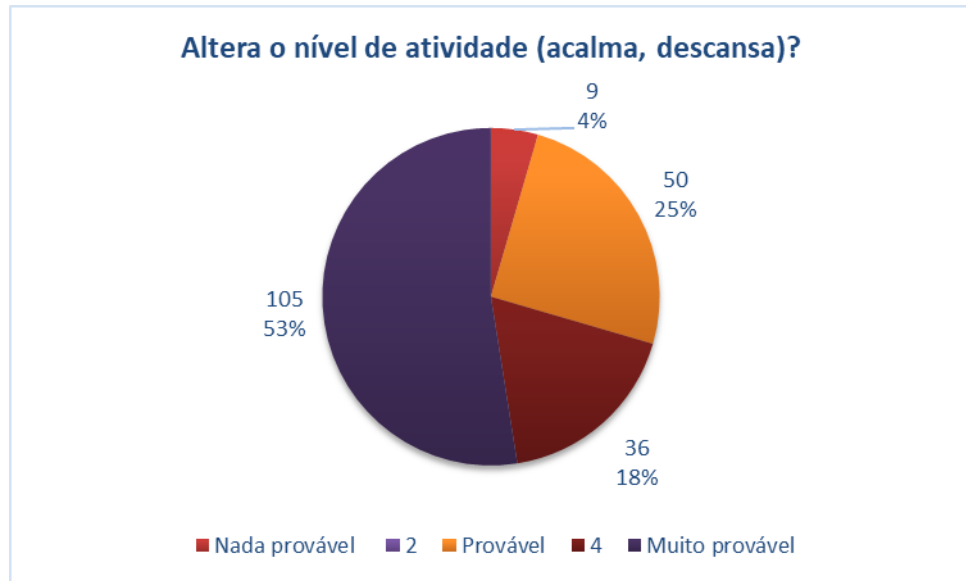


Gráfico nº 24 – Respostas à pergunta nº 19 (dimensão gestão do autocuidado)

Relativamente à toma de aspirina na presença de sintomas, verificou-se que 24% dos entrevistados afirmaram ser muito provável recomendar esta intervenção e 31% referiram ser nada provável fazê-lo.



Gráfico nº 25 – Respostas à pergunta nº 20 (dimensão gestão do autocuidado)

A toma de medicação para reduzir ou aliviar o sintoma foi uma intervenção selecionada por 24% da amostra como sendo muito provável de ser recomendada, enquanto 22% dos participantes referiram ser provável e 28% admitem ser nada provável, constituindo esta última a maior percentagem.

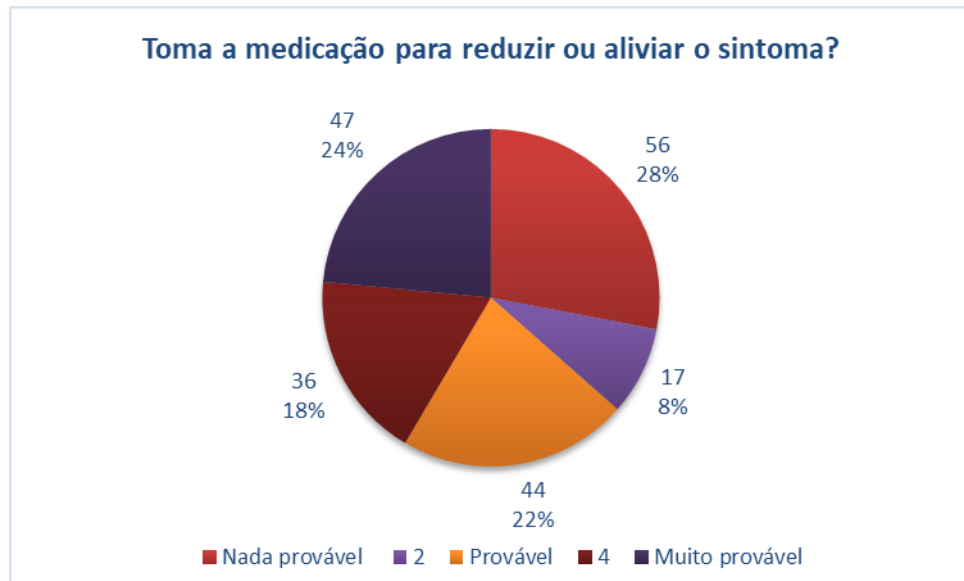


Gráfico nº 26 – Respostas à pergunta nº 21 (dimensão gestão do autocuidado)

Relativamente à probabilidade de contactar o médico ou enfermeiro para aconselhamento na presença de algum sintoma, 47% dos participantes selecionaram a resposta muito provável e apenas 7% referiram ser nada provável sugerir este comportamento.

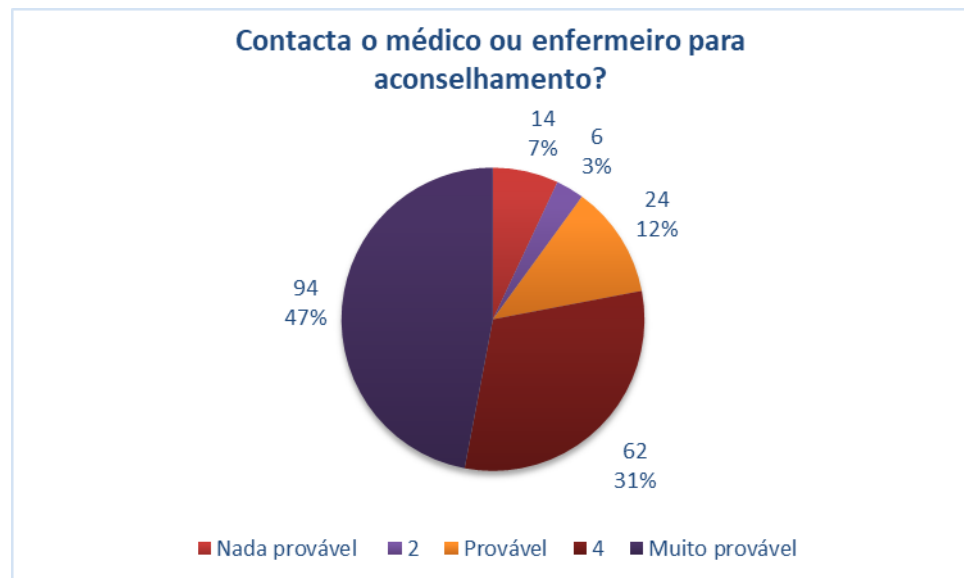


Gráfico nº 27 – Respostas à pergunta nº 22 (dimensão gestão do autocuidado)

Quando questionados sobre qual a probabilidade de recomendar ao doente coronário que informe o médico ou enfermeiro sobre o sintoma, numa próxima consulta, a maioria da amostra expressa ser muito provável fazê-lo (78%).

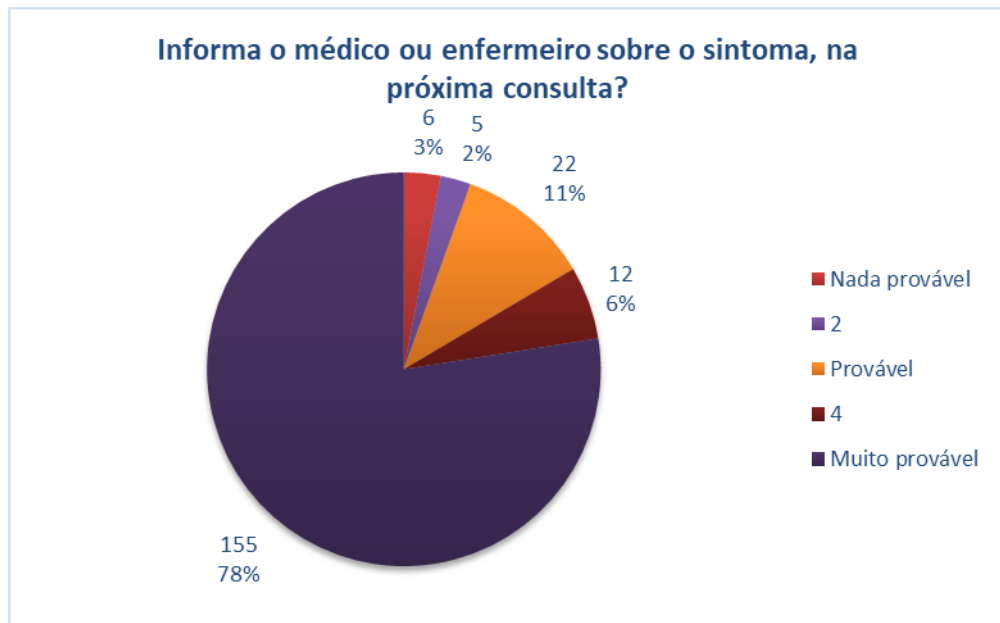


Gráfico n° 28 – Respostas à pergunta n° 23 (dimensão gestão do autocuidado)

Finalmente, a última pergunta do questionário remetia para o comportamento adotado pelo cuidador na presença de um sintoma; 75% dos participantes acreditam que, de alguma forma, a sua conduta permitiu que o doente se sentisse melhor.

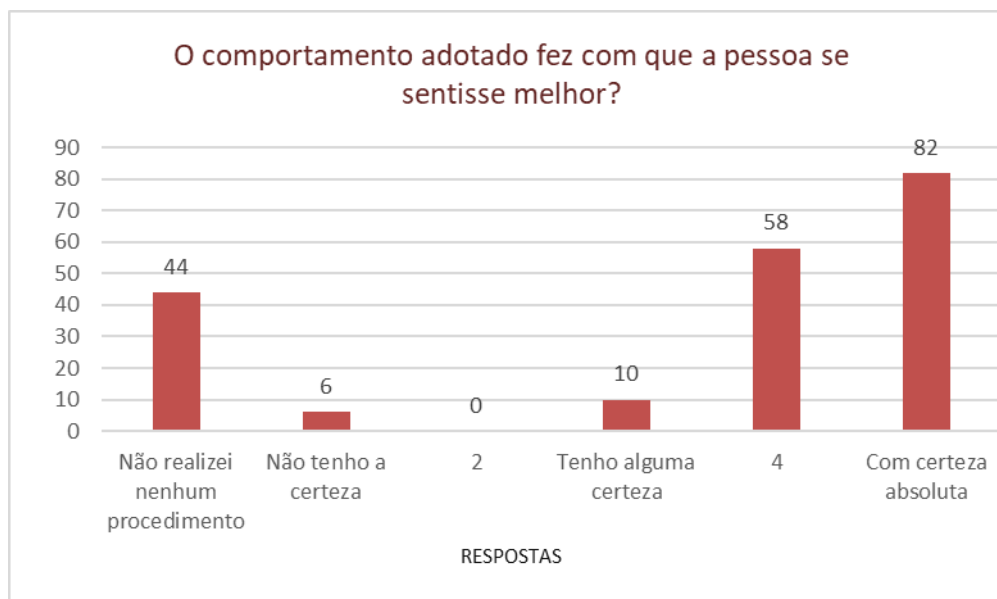


Gráfico n° 29 – Respostas à pergunta n° 24 (dimensão gestão do autocuidado)

2.2.4. Discussão

Neste ponto procede-se à caracterização da amostra dos cuidadores que foram entrevistados e descrevem-se os resultados da análise efetuada aos inquiridos. Indicam-se algumas referências bibliográficas relacionadas com as matérias tratadas e que se consideram relevantes para a sua análise e compreensão.

A análise da amostra releva que 42% dos cuidadores que foram entrevistados tinham como habilitações literárias o 1º ciclo do ensino básico, 88% eram do sexo feminino, uma larga maioria (80%) era casada com o doente, aproximadamente metade eram trabalhadores no ativo (49%) e tinham como idade média 59 anos, sendo o escalão etário «61 a 70 anos» o mais representativo (33%).

No que concerne às habilitações literárias, segundo a Goba Self-Care Federation (2022), é reconhecido que indivíduos com níveis superiores de literacia tomam melhores decisões sobre a prevenção e controlo de pequenos problemas de saúde, a manutenção de doenças crónicas e a procura de cuidados de saúde, estabelecendo relações terapêuticas mais construtivas. Pelo contrário, a reduzida literacia do cuidador, em saúde, está associada a um défice nos comportamentos de autocuidado implementados por parte do doente e, por consequência, a uma utilização mais frequente dos serviços de saúde (Yuen, Knight, Ricciardelli, & Burney, 2018). Importa também destacar que o apoio familiar é admitido como um preditor fundamental à adoção de comportamentos necessário à gestão do processo de doença, havendo evidencia de que doentes que mantêm uma relação próxima com o seu familiar de referência ou eram casados, tinham um maior sentido de consciencialização do autocuidado (Bertoni, Donato, Graffigna, & Barello, 2014; Kahkonen, et al., 2020), sendo enfatizado o papel da esposa (Dumit, Noureddine, & Magilvy, 2016; Hajduk, et al., 2016). Pelo contrário, doentes coronários que vivem sozinhos apresentam dificuldade em aderir a comportamentos promotores de saúde (Chiou, Hsu, & Hung, 2016).

A análise dos inquiridos foi efetuada para cada uma das dimensões que o compõem.

No que respeita à dimensão da **manutenção** (que engloba as questões de 1 a 9), verifica-se que as práticas referentes a hábitos de alimentação saudável, adesão ao regime farmacológico (medicação habitual, nomeadamente antiagregantes e/ou anticoagulantes) e avaliação periódica em consulta com os profissionais de saúde foram as mais recomendadas pelos inquiridos, registando o parâmetro «sempre ou diariamente» valores compreendidos entre 61% e 67%.

Sobre a adoção de hábitos de vida saudáveis, o trabalho de Buigues et al. (2021), que incidiu sobre os resultados de um programa de prevenção e reabilitação cardiovascular, demonstrou que doentes coronários e os seus familiares constroem novos hábitos juntos,

perpetuando a adoção destas práticas através do apoio e motivação. O mesmo estudo refere que doentes e cuidadores que partilhavam o mesmo lar, adotavam estilos de vida mais saudáveis, no que respeita, por exemplo à alimentação. A adesão ao regime terapêutico é uma intervenção fundamental à manutenção da doença coronária, uma vez que está associada à redução de reinternamentos hospitalares e melhor qualidade de vida; o estudo de Zhou, et al. (2022) demonstrou que uma melhor adesão terapêutica é influenciada pelo autocuidado e o suporte familiar. Também o estudo de Huriani (2019) concluiu que tanto doentes pós-enfarte agudo do miocárdio como enfermeiros defendem que é ao tema da medicação que se deve dar prioridade no que respeito aos ensinamentos. O estudo de Kahkonen, et al. (2020) concluiu que o nível de adesão ao tratamento e a estilos de vida saudáveis em pacientes submetidos a intervenção coronária percutânea tem tendência a aumentar a longo prazo, nomeadamente na diminuição do consumo tabágico e na prática de exercício físico, desempenhando a família um papel preponderante para esta mudança.

A recomendação relativa à prática de exercício físico registou uma das percentagens mais baixas (37%) de respostas ao item «sempre ou diariamente». No que refere a hábitos tabágicos, verificou-se que 39% dos inquiridos «nunca ou raramente» abordavam este assunto com os doentes, podendo ser legítimo supor que para uma parte significativa da população em estudo, a adesão a este comportamento já havia sido alcançada; ainda assim, 54% dos cuidadores faziam esta recomendação «sempre ou diariamente». A corroborar esta hipótese, Dumit, Noureddine, & Magilvy (2016) referem que a cessação tabágica é uma das primeiras medidas adotadas pelos doentes como intervenção de autocuidado, após um evento cardíaco.

Apesar de 28% dos cuidadores inquiridos «nunca ou raramente» sugerirem a realização de atividades que aliviem situações de stress, Dumit, Noureddine, & Magilvy (2016) concluíram que doentes coronários consideram que evitar situações potencialmente perturbadoras constituem uma medida protetiva e que adotar medidas que promovam o relaxamento são intervenções de autocuidado. Está demonstrado que sentimentos de ansiedade e depressão estão associados a uma perceção negativa da doença coronária que, consequentemente, se traduzem numa menor adesão a comportamentos cardiovasculares saudáveis (Buigues, et al., 2021). A relação doente e cuidador é concordante do ponto de vista de sentimentos e emoções, pelo que se verificam semelhanças no estado de humor e níveis de ansiedade muito semelhantes entre os intervenientes (Bertoni, Donato, Graffigna, & Barello, 2014; Buigues, et al., 2021; Thomson, et al., 2020). Posto isto, a inclusão do cuidador em programas de educação para a saúde está associada a uma adequada perceção da doença e, consequentemente, a melhores resultados na adesão a comportamentos

saudáveis, sendo este assumido como um guia e um importante elemento da rede de suporte do doente (Buigues, et al., 2021).

Para o conjunto das questões referentes à dimensão da **monitorização** (questões 10 a 16), verificou-se que a resposta «sempre ou diariamente» obteve sempre valores percentuais inferiores a 50%. Destes destaca-se a recomendação relativa à avaliação do peso corporal, em que $\frac{1}{4}$ dos inquiridos «nunca ou raramente» a fazia e apenas 17% referiu realizá-la «sempre ou diariamente».

Manter um peso saudável ou reduzir o peso através de ingestão calórica adequada e da realização de atividade física é uma das recomendações da ESC (2020) sobre a adoção de comportamentos de vida saudável. De Bacquer, et al. (2022), que estudaram a adoção de estilos de vida saudáveis em doentes coronários de vários países da Europa, concluíram que mais de 80% da amostra tinha excesso de peso ou eram obesos, ainda que apenas uma pequena maioria admitisse a intenção de alterar esta situação. Verificou-se também que a principal barreira à alteração do comportamento em questão estava relacionada com a falta de confiança, o que indicia uma perceção negativa sobre a capacidade de modificar o seu estilo de vida; o apoio da família e amigos influencia também estas escolhas (De Bacquer, et al., 2022). No entanto, para que seja possível a mudança, é preconizada a educação da família e paciente, de modo a eliminar dúvidas e crenças infundadas (De Bacquer, et al., 2022), o que talvez devesse ser implementado junto da população em estudo, tendo em consideração os resultados obtidos.

Nesta dimensão, destaca-se também a monitorização da tensão arterial, cuja avaliação é recomendada «sempre ou diariamente» por 33% dos inquiridos. A ESC (2021) apresenta as recomendações para a avaliação da tensão arterial no domicílio e reconhece que esta intervenção pode potenciar a adesão terapêutica e o melhor controlo deste sinal vital. É ainda de assinalar que a hipertensão é uma das mais importantes causas evitáveis de mortalidade e morbidade prematuras (ESC, 2021). Importa frisar que valores de tensão arterial de doentes coronários casados ou que mantém uma relação próxima com o seu familiar de referência apresentavam valores mais controlados (Kahkonen, et al., 2020).

Relativamente às questões de **reconhecimento de sintomas** (questões 17 e 18), os resultados obtidos sugerem que os cuidadores são detentores de conhecimentos que lhes permitem reconhecer sintomas típicos da doença cardíaca.

Ainda que o cuidador consiga identificar os sintomas característicos da doença cardíaca, tal como foi demonstrado anteriormente, ao analisar os resultados obtidos na dimensão da **gestão** (questões 19 a 23), conclui-se que estes não estão capacitados para indicar a toma de medicação para o alívio de sintomas. Perante a manifestação e reconhecimento de sintomas, a maioria dos cuidadores considera muito provável informar o médico ou enfermeiro

do ocorrido, em momento oportuno, e sugerir que seja alterado o nível de atividade. Ainda que os resultados não reflitam, de forma inquestionável, o conhecimento sobre quais as medidas a adotar na presença de um sintoma cardíaco, de acordo com Huriani (2019), os cuidadores indicam a gestão de sintomas como a área mais importante e que, por isso, carece de maior investimento em momentos de educação para a saúde. Esta percepção por parte da família é justificada pela necessidade em responder prontamente a uma situação de agudização (provável enfarte agudo do miocárdio), pelo que é imprescindível a informação sobre os sintomas apresentados e quais as medidas a implementar de imediato. Os resultados obtidos nesta dimensão confirmam a proposição da Teoria de médio alcance do autocuidado na doença crónica, que defende que a aptidão para implementar as intervenções relativas à manutenção do autocuidado precede a aptidão relativa a intervenções de gestão, uma vez que a tomada de decisão referente a estas últimas é mais complexa (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012).

Analisando a última questão do questionário, a maioria dos cuidadores que atuaram perante um sintoma de doença cardíaca tem a certeza absoluta de que o seu familiar se sentiu melhor.

Há evidência que a prevenção secundária adequada resulta da implementação de hábitos de vida saudáveis, traduzindo-se na redução do risco de ocorrência de episódios cardiovasculares e de morte, que se revelam nos primeiros 6 meses que sucedem a um evento (ESC, 2020). Consultas de seguimento revelaram produzir melhores resultados de adesão ao regime terapêutico e a estilos de vida saudáveis, sendo preconizada a participação da família no processo de cuidados e de *follow up* a doentes submetidos intervenção coronária percutânea (Kahkonen, et al., 2020). Acrescenta-se o facto de o apoio familiar e de enfermagem constituírem os mais fortes preditores ao processo de adesão do doente coronário (Kahkonen, et al., 2020), pelo que se deverá refletir sobre o trabalho conseguido através do investimento na relação dos três intervenientes.

2.3. CONCLUSÃO

A tradução e adaptação da «Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária» para a língua e cultura portuguesa, bem como a sua aplicação e análise dos resultados constituíram objetivos a que se propôs e que considera ter atingido.

A implementação do projeto de intervenção possibilitou a avaliação do nível de recomendação de comportamentos das diferentes dimensões do autocuidado do cuidador ao

doente coronário, identificando as áreas da educação para a saúde que deverão ser objeto de maior atenção.

De acordo com Jaarsma, et al. (2021), existem ainda muitas lacunas de conhecimento relativamente ao processo do autocuidado, nomeadamente no que diz respeito à influência da família ou cuidadores e dos profissionais de saúde, o que se comprovou com a realização deste estudo. No entanto, a literatura consultada descreve a importância do papel do cuidador no apoio ao doente coronário e na gestão da sua doença. Assim, a família deve ser assumida como um importante recurso a ser explorado, uma vez que está associado à prevenção de recidivas de eventos agudos, complicações e readmissões hospitalares.

A tradução e aplicação de uma escala que permite compreender o contributo do cuidador na manutenção, monitorização e gestão do autocuidado do doente coronário, surge como um adjuvante aos cuidados de enfermagem. A futura validação e implementação sistematizada deste instrumento permitirá realizar uma avaliação inicial do impacto que o cuidador tem na gestão do processo saúde-doença do seu familiar, proporcionando uma adequação dos cuidados de saúde dirigidos ao doente e família.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo deste capítulo, é apresentada uma análise reflexiva e crítica dos objetivos delineados no projeto de estágio final, através da descrição daquele que foi o caminho percorrido ao longo deste curso e das atividades desenvolvidas fundamentais à aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, bem como de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC. A aquisição de conhecimentos, a sua mobilização e aplicação num contexto prático, permitiu não só a conquista de competências na área da especialidade, mas também o desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem.

Ainda que procure dar resposta aos objetivos delineados no projeto de estágio final, há que ressaltar que a presente análise é referente a todo o processo de aprendizagem que constituiu o Curso de Mestrado em enfermagem, incluindo, por isso, a componente prática e teórica.

3.1. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com a legislação em vigor, o grau de mestre é conferido ao indivíduo que desenvolve e aprofunda os conhecimentos já adquiridos, da mesma forma que se dedica à construção de novos saberes e os aplica, nomeadamente em contexto de investigação (Assembleia da República [AR], 2018). O mesmo Decreto-Lei acrescenta ainda outras competências associadas ao grau de mestre, tais como a capacidade de utilizar o corpo de conhecimentos para a resolução de problemas em circunstâncias conhecidas ou num contexto mais alargado; lidar com questões complexas, fornecer soluções ou emitir pareceres, refletindo sobre as implicações éticas e sociais de cada situação; apresentar achados e conclusões de forma clara e inequívoca perante os pares (especialistas e não especialistas); e, por fim, perpetuar a aprendizagem ao longo do tempo, de modo auto-orientado e autónomo (AR, 2018).

Relativamente às competências de grau de mestre em enfermagem, a Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde definiu as seguintes:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.
3. Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Agencia de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, 2015).

3.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (OE, 2019c: 4744). No mesmo Regulamento, o enfermeiro especialista é definido como aquele a quem é reconhecida a “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019c: 4744). As competências comuns adquiridas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, estão refletidas na capacidade de conceção, gestão e supervisão nos cuidados de saúde, bem como no exercício profissional especializado, com ênfase nas áreas da educação, investigação e assessoria (OE, 2019c).

As competências comuns do enfermeiro especialista, tal como o nome indica, são partilhadas por todos, independentemente da sua área de especialidade, e encontram-se organizadas em 4 domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal (A), melhoria contínua da qualidade (B), gestão dos cuidados (C) e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) (OE, 2019c).

A análise de aquisição das competências de mestre em enfermagem será apresentada em associação com a apreciação relativa às competências comuns do enfermeiro especialista, uma vez que se considera que se complementam, se desenvolveram em paralelo e, por isso, foram alcançadas em simultâneo.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A)

A1 - 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.

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de mestre nº3

Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é espectável que o enfermeiro demonstre um exercício seguro, profissional e ético, uma vez que dispõe de um corpo de conhecimentos ético-deontológico que o auxiliam na tomada de decisão, tendo em consideração as melhores práticas e as necessidades de cada indivíduo (OE, 2019c). O respeito pelos direitos humanos, a apreciação dos contextos à luz de conhecimentos diferenciados e especializados, bem como a capacidade de gerir situações complexas e potencialmente comprometedoras para o indivíduo, constituem aspetos características deste domínio de competências (OE, 2019c).

O artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos anuncia que todos os indivíduos nascem livres e iguais, no que respeita à dignidade e em direitos (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948); este constitui, provavelmente, o ponto de partida para a conduta a adotar enquanto profissional de saúde. Na área específica de enfermagem, a Deontologia Profissional, inserida no Estatuto da OE, refere que qualquer intervenção realizada deve ter em consideração a liberdade e a dignidade do indivíduo, reconhecendo como valores universais a igualdade, a liberdade, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (AR, 2015a). É também esperado que ao longo da sua prática, o enfermeiro assuma a responsabilidade inerente ao seu papel na sociedade, intervenha de acordo com os direitos humanos e procure a excelência no exercício profissional (AR, 2015a). O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) indica que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (MS, 1996: 2961).

A responsabilização pela tomada de decisão ou pelos atos que pratica, cumprindo as normas e leis que regem a profissão, constituem um dever deontológico do enfermeiro (AR, 2015a). Ao longo dos estágios, foi essa a postura que se procurou adotar ao demonstrar competências para tomar decisões, justificadas por princípios ético-deontológicos. No final de

cada turno, procurava refletir e analisar com espírito crítico os momentos vivenciados, numa aprendizagem consciente, promovendo momentos de discussão com a enfermeira supervisora sobre a tomada de decisão e suas implicações, com o intuito de se aproximar da melhor prática. Os momentos de reflexão e discussão são promotores de crescimento pessoal e profissional.

O artigo 102.º do Estatuto da OE esteve sempre presente na prestação de cuidados ao longo dos ensinamentos clínicos - “o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra” (AR, 2015a: 8079), pelo que assegurou o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas, adequando a sua prática a estas especificidades e atuando no melhor interesse do doente.

De acordo com o Artigo 105.º e 106.º do Estatuto da OE, o enfermeiro tem o dever de informação, bem como de sigilo, o que procurou ser uma constante ao longo do ensino clínico. Os doentes admitidos no SU ou na UCI CCT partilhavam um quadro crítico de instabilidade e complexidade, pelo que era recorrente a preocupação dos próprios e da sua família quanto à sua condição e evolução. Na situação pandémica vivenciada ao longo de ambos os estágios, a comunicação entre doente, família e profissional de saúde estava incontornavelmente comprometida, uma vez que o acompanhamento de doentes e visitas aos serviços se encontrava muito limitada ou era quase inexistente. Tornou-se preponderante uma adaptação a esta nova realidade - o acesso à informação, a partilha de alterações e a tomada de decisão participativa por parte do utente e família tinham que ser assegurados de igual modo, respeitando sempre a autodeterminação e o direito de escolha de cada indivíduo. Nunes (2017) defende que o enfermeiro, ao assegurar o acesso à informação e respetivo esclarecimento, dota o doente de um corpo de conhecimentos e perspetivas, que o capacitam para uma tomada de decisão fundamentada. Foi notório o esforço das equipas de saúde em manter o doente e os seus familiares informados, sem nunca desprezar a importância da confidencialidade. O contacto direto com os familiares, ainda que fosse mais frequente no contexto de SU (uma vez que os doentes eram acompanhados pelos seus cuidadores e estes ficavam por vezes a aguardar informações) do que na UCI (em que as visitas não eram permitidas, salvo raras exceções), era muito raro. Assim, o contacto telefónico era a forma mais acessível de passagem de informação para o exterior. Tornou-se uma preocupação constante conferir se já havia sido estabelecido contacto com a família ou cuidador e se estavam a par do estado do doente. Tinha-se em consideração que foram implementadas medidas interventivas de prevenção de práticas de risco. A segurança, privacidade e dignidade do doente eram salvaguardadas, uma vez que era prática recorrente validar com o doente o conteúdo da informação, a pessoa a quem seria fornecida e se este o autorizava.

O respeito pela intimidade, evocado no artigo 107.º, representou um princípio presente ao longo dos ensinamentos clínicos. Tanto na UCI como no SU existe uma prevalência de salas comuns, onde permanecem mais do que um doente, pelo que a privacidade e intimidade de cada um pode estar facilmente comprometida. Para além da importância de salvaguardar a intimidade sob um ponto de vista físico, torna-se também preponderante ter consciência de que num *open space* a dimensão emocional encontra-se também mais exposta. Nos momentos de partilha de informação clínica, de angústias, de medos e aspetos do foro privado de cada indivíduo, foi assegurado um ambiente em que o doente e/ou família sentissem que a sua privacidade e intimidade não estavam colocadas em causa, podendo sentir-se seguros também no diálogo. Medidas simples como fechar as cortinas, adequar o tom de voz e, sempre que possível, utilizar um gabinete isolado, demonstram o respeito pelos princípios da intimidade e privacidade. Na UCI CCT, recorda-se a situação de um doente com um prognóstico muito reservado, pelo que foi permitida a visita da família, uma vez que a probabilidade de sobrevivência era muito reduzida. Para além da reconhecida importância de uma intervenção baseada no apoio e na gestão de emoções e sentimentos através do diálogo, conscientemente foi preparado o espaço e adequado o ambiente à chegada da família. A percepção que aquele pode ser o último momento da família com aquela pessoa, uma vez que a limitação de visitas era uma dura realidade da altura, obriga a que se proporcione conforto e tranquilidade que, muitas vezes são conseguidos pela demonstração do respeito pela intimidade e privacidade; oferecer tempo para estar junto do ente querido e isolar ao máximo a unidade do doente de ruídos e perturbações visuais foram medidas implementadas e que surtiram o efeito desejado.

O dever de sigilo (Artigo 106.º) e respeito pela intimidade (Artigo 107.º) foram colocados em prática aquando da execução do projeto de intervenção. Uma vez conseguida a autorização por parte das instituições de saúde e da instituição de ensino para a implementação do projeto, foi também obtido o consentimento informado, livre e esclarecido de cada participante. Foi assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes do estudo.

Assim, perante o exposto anteriormente, considera ter-se adquirido e desenvolvido competências de enfermeiros especialista e mestre, no domínio da responsabilidade profissional e ética.

Competências do domínio melhoria contínua da qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competência de mestre nº 5

Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Competência de mestre nº 6

Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

No domínio da melhoria contínua, é requerido que o enfermeiro especialista possua a capacidade de desenvolver e implementar projetos estratégicos institucionais na área da qualidade, promovendo a sua disseminação e operacionalização (OE, 2019c). O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista preconiza também a importância de avaliar a qualidade das práticas clínicas, identificar necessidades de melhoria, planear e executar programas de melhoria contínua, bem como de promover e garantir um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019c).

Para que fosse possível alcançar as competências apresentadas anteriormente, foi sentida a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica relacionada com a temática para o esclarecimento de alguns conceitos. No manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde, a OMS, citando o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, define qualidade como “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (OMS, 2020: 13). No mesmo sentido, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 apresentava a qualidade em saúde como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2015: 13551).

A defender semelhantes pressupostos, a Lei de Bases da Saúde refere que todos os indivíduos possuem o direito de acesso aos cuidados de saúde direcionados ao seu problema, em tempo oportuno e com dignidade, tendo por base a melhor e mais recente evidência científica, bem como as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Base 2); é também assumido que o Sistema Nacional de Saúde [SNS] pauta a sua atuação pelo princípio da qualidade (entre outros), assegurando que os cuidados, para além do já enunciado, também

se caracterizam pela correção técnica, pela individualidade de cada doente e constituem intervenções efetivas, eficientes e seguras (AR, 2019).

Recentemente, a OMS apresentou o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, cuja visão assenta na inexistência de danos associados aos cuidados de saúde e que qualquer indivíduo, ao longo da sua vida, tenha assegurado o acesso a cuidados seguros, personalizados e respeitosos (WHO, 2021d). Com base neste documento e dando continuidade ao anterior, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 21-26), que tem como objetivo “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS” (MS, 2021: 98), tendo como pilares a cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros. Foi tendo em consideração estes pressupostos que se atuou em ambos os estágios.

Verifica-se assim, que neste âmbito, se torna difícil dissociar os conceitos de qualidade e segurança: ainda que a melhoria da qualidade dos cuidados se avalia maioritariamente pelos resultados conseguidos em eficiência e efetividade, estes só serão significativos quando se tem também em consideração a sua segurança (Lebre, et al., 2022).

Num primeiro contacto, procurou conhecer os recursos humanos e materiais que constituíam os serviços, bem como a estrutura física e especificidades de cada local. A par disso, houve a preocupação de consultar as normas e protocolos do SU e da UCI CCT, uma vez que grande maioria dos procedimentos e indicações de trabalho se encontravam descritos nestes documentos, com o intuito de uniformizar as intervenções e os cuidados de saúde, favorecendo assim a prevenção do erro, a gestão do risco e, conseqüentemente, a promoção da segurança do doente.

O PNSD 21-26 reconhece a importância da formação dos profissionais de saúde, tendo em consideração a **promoção da cultura de segurança**, e defende a importância das entidades de liderança e gestão criarem espaço para a discussão de fragilidades do sistema, que permitam a formulação de respostas às necessidades detetadas (MS, 2021). No SU, através da realização de uma entrevista não estruturada com a enfermeira gestora e a enfermeira supervisora de estágio, foi detetada a necessidade de desenvolver uma formação em serviço que abordasse o acolhimento do utente e família no SU, a importância desta última nos cuidados de saúde ao doente crítico e o impacto da pandemia COVID-19 neste contexto, sensibilizando os profissionais de saúde para esta nova realidade. A consciencialização dos pares relativamente à importância de incluir a família nos cuidados, que era por vezes deixada em segundo plano, em condições ditas normais, mostrou ser fundamental. Num momento de pandemia, em que as restrições e impedimento acabam por ser uma constante, tornou-se ainda mais relevante dar voz a este assunto.

A formação em serviço constitui um conjunto de práticas educacionais que são planeadas com o intuito de capacitar o indivíduo para que consiga atingir os objetivos do seu trabalho de forma mais eficiente, de acordo com as metas da instituição (Oliveira, Ferreira, Rufino, & Santos, 2011). Os momentos formativos desenvolvidos em contexto de trabalho devem ir ao encontro daquilo que são as necessidades dos profissionais de saúde, bem como dos objetivos da instituição, de modo a serem percebidos como uma oportunidade de crescimento e valorização pessoal e profissional; outro aspeto a ter em consideração é a importância de ser encorajada uma pesquisa de acordo com a mais recente evidência científica, o que conduz à prestação de cuidados de saúde de excelência, promovendo o processo de melhoria contínua (Dias, 2004). A sessão formativa realizada no estágio 1 e denominada «Acolhimento do utente e família no Serviço de Urgência» foi realizada presencialmente com os elementos da equipa que se encontravam a trabalhar na data definida, fazendo-se cumprir as normas de segurança impostas pelas autoridades de saúde. Posteriormente, a apresentação foi convertida em vídeo (acompanhado da devida explicação) e disponibilizada no grupo de trabalho da equipa de enfermagem, na aplicação *Whatsapp*, permitindo esclarecer os restantes elementos. Importa ressaltar que foram também elaborados alguns instrumentos que se consideraram fundamentais para facilitar o processo de acolhimento, tendo sido apresentados à equipa durante a formação: o guia de acolhimento do utente e família no SU, que constitui um pequeno folheto com informação essencial relativamente ao funcionamento do SU e aos direitos e deveres do utente e família; a *checklist* de acolhimento do utente e família que apresenta a esquematização do processo de acolhimento, onde estão compreendidas as principais intervenções a colocar em prática, com o intuito de, numa primeira instância, servir como guião mas poderá, num momento mais tarde, servir como um instrumento de avaliação/auditoria; o poster de acolhimento no SU, cuja finalidade é ser afixado na sala de espera, de modo a constituir a primeira abordagem (ainda que não pessoal) dirigida ao doente e família, onde se pode encontrar o fluxograma que retrata o circuito do doente no SU e são fornecidas algumas informações sobre o funcionamento do mesmo.

A comunicação é um elemento fundamental do ciclo de cuidados, tanto no momento de passagem de informação entre os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, bem como na comunicação dirigida ao doente e família (MS, 2021). A DGS defende que a qualidade na transição dos cuidados de saúde constitui um fator determinante na segurança do doente, uma vez que se traduz na melhoria da qualidade da prestação de cuidados, na redução de danos e, por consequência, na diminuição da mortalidade (DGS, 2017b). Ao longo dos estágios, procurou adotar-se uma comunicação eficaz e segura aquando da transmissão da informação na transição dos cuidados (passagem de turno ou transferência intra-hospitalar de doentes), tendo em mente a técnica ISBAR (DGS, 2017b).

Ainda sobre o mesmo assunto, RPQCEEPSC indica que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2015: 17241), pelo que a gestão da comunicação e informação fornecida ao doente e família assume grande importância. Os cuidados de enfermagem foram prestados com base na relação de ajuda, empatia e confiança, com o objetivo de satisfazer as necessidades do doente e/ou família, favorecendo a criação de um ambiente terapêutico seguro e confortável, bem como a redução do desconforto físico e psicológico. Uma boa comunicação é a base da relação terapêutica e assumiu suprema importância durante a pandemia, pelo que conscientemente se investiu em momentos de esclarecimento de informação e tranquilização do doente e/ou família. O projeto de intervenção representou uma mais valia na aquisição desta competência, uma vez que se procurou investir na área que oferece continuidade aos cuidados dirigidos à unidade doente-família, após a alta.

Importa ressaltar que os registos de enfermagem foram também encarados como uma forma de comunicação que assegura não só a segurança do doente, mas também a qualidade dos cuidados. Assim, inserido no ambiente de urgência ou de cuidados intensivos, procurou adequar e aperfeiçoar os registos de enfermagem, assegurando a pertinência, a precisão e o rigor científico da informação.

O ambiente seguro em saúde encontra-se influenciado pelos recursos existentes em cada local, pela forma como o trabalho está organizado, pela aptidão e formação dos profissionais e equipas de saúde, pelos instrumentos que possuem ao seu dispor e pela construção dos processos (MS, 2021). Reconhecendo as práticas seguras inerentes à ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca dos doentes, segurança na medicação e controlo de infeção, foram devidamente implementadas as intervenções preconizadas nos diferentes ambientes clínicos. No entanto, constatou-se que na UCI CCT havia a necessidade de elaborar um documento de registo de avaliação e evolução de úlceras por pressão, que foi concretizado; ainda que a prevalência deste tipo de feridas fosse pouco frequente, quando ocorria tornava-se importante fazer um registo uniformizado, que permitisse uma correta avaliação e monitorização da úlcera, um *continuum* nos cuidados e um estímulo à qualidade dos mesmos. No mesmo serviço, surgiu a oportunidade de participar num procedimento de auditoria relativo à identificação inequívoca dos doentes, tendo acompanhado a enfermeira responsável por essa intervenção.

De acordo com o que foi explanado, conclui-se que ao longo dos estágios promoveu um ambiente seguro e procurou desenvolver um conjunto de condições para prestação de cuidados de qualidade, desenvolvendo uma participação ativa e dinâmica nos diferentes

contextos, pelo que se considera ter adquirido as competências no domínio da melhoria continua da qualidade, bem como as competências de mestre nº 5 e nº 6.

Competências de acordo com o domínio da gestão dos cuidados (C)

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos à situação e ao contexto, garantindo a qualidade dos cuidados.

Competência de mestre nº 1

Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

De acordo com o REPE, o enfermeiro promove o desenvolvimento e melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem através do exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria (MS, 1996). O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no enunciado descritivo da organização dos cuidados de enfermagem, acrescenta que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2001: 18). Tendo em consideração o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é expectável que o enfermeiro consiga realizar uma gestão dos cuidados, através da otimização do processo de tomada de decisão, da articulação na equipa de saúde, da delegação de tarefas e da supervisão destas últimas (OE, 2019c). É também esperado que o enfermeiro consiga adequar a gestão dos recursos a cada circunstância e de acordo com as necessidades, garantindo sempre a segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2019c).

Para adquirir as competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem, numa primeira instância, mostrou-se essencial conhecer os recursos materiais e humanos disponíveis em cada serviço, familiarizar com a equipa multidisciplinar, compreender as rotinas de trabalho e o dinamismo de cada turno. A capacidade de integrar a equipa de enfermagem, adequando a prática às particularidades e características do contexto, proporcionou em ambiente favorável a uma participação ativa na prestação de cuidados. Assim sendo, tornou-se possível aplicar todo o processo de enfermagem do qual se destaca, perante o doente crítico, a capacidade de avaliar rapidamente uma situação, a importância de priorizar intervenções pertinentes e a referenciação atempada a outros profissionais, sempre em articulação com a equipa. Em cada momento de estágio, o processo de cuidar implicava o treino desta capacidade de gestão, que foi sendo enriquecido pela colaboração e discussão

das intervenções implementadas em cada ocasião com as enfermeiras supervisoras e restantes elementos da equipa. Na presença de situações novas ou em momentos de dúvida, procurou-se sempre a colaboração de outros enfermeiros, garantindo não só o crescimento e aprendizagem pessoal, mas sobretudo a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Para além disso, ao longo do estágio no SU e na UCI CCT, houve a oportunidade de acompanhar em diversas ocasiões o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras responsáveis de turno que, de uma forma genérica se verificou ser muito semelhante, ainda que atendendo às especificidades de cada contexto. Este trabalho de gestão presume uma participação ativa na organização das equipas de saúde, otimizando a utilização dos recursos disponíveis, com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à gestão de recursos humanos, foi possível colaborar com a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais pelos diferentes postos de trabalho, tendo em consideração que, para fazer face às exigências provocados pela pandemia, esta tarefa exigia prudência, perícia e empenho. Veja-se que houve a necessidade de reestruturar as equipas de saúde dentro de cada instituição: na UCI, alguns enfermeiros foram mobilizados para serviços dedicados a doentes infetados com SARS-CoV-2, enquanto no caso do SU, novos enfermeiros vieram robustecer a equipa. Em qualquer uma das situações, a gestão de uma equipa com novos elementos ou com elementos em falta, configura um desafio acrescido, pelo que este representou um importante momento de aprendizagem. Para além desta competência, foi possível acompanhar a gestão dos cuidados de acordo com a dinâmica de cada turno, tendo em consideração a afluência de doentes, altas e transferências, testemunhando assim a relevância de uma boa organização interna, bem como uma eficaz articulação com outros serviços. O elemento responsável de turno prestou também apoio e colaborou com a equipa multidisciplinar em situações críticas, exigentes tecnicamente e de maior volume de trabalho, sendo reconhecido como uma mais-valia não só na prestação direta dos cuidados, mas também na redefinição de estratégias/recursos e na delegação de funções. Foi percecionado que o enfermeiro experiente, perito e cooperante é uma referência na prestação de cuidados e que coordena em conjunto com os diferentes elementos de forma justa e conciliadora, proporcionando um sentimento de maior segurança e coesão dentro da equipa.

No que concerne aos recursos materiais, foi possível participar na gestão de pedidos ao serviço de farmácia, ao serviço de instalação e equipamentos e de material de consumo clínico, fazendo-se assim um melhor reconhecimento de todos os recursos disponíveis à prestação de cuidados, bem como da sua possível adequação a cada necessidade. Ainda neste âmbito, destaca-se a importância de verificar o material e equipamentos utilizados em emergência e na prestação de cuidados ao doente crítico, cuja instabilidade e

imprevisibilidade é reconhecida, certificando-se que a equipa dispõe das condições ótimas para oferecer uma resposta rápida, de qualidade e em segurança. Assim, procedeu-se à verificação dos carros de urgência e respetivos desfibriladores de ambos os serviços, da sala de reanimação e ventiladores no SU e material para esternotomia de urgência na UCI.

O enfermeiro que assume funções de gestão deverá possuir conhecimentos relativos aos vários estilos de liderança e conseguir aplicá-los de acordo com as particularidades individuais e nas situações que vão ocorrendo; o líder gestor representa uma fonte de inspiração e orientação para o trabalho da equipa, com o intuito de obter não só maior qualidade e diferenciação nos cuidados, mas também satisfação profissional (Fernandes, et al., 2021). A participação no processo de gestão das equipas, da dinâmica do turno e do próprio trabalho individual foram alvo de reflexão e discussão com as enfermeiras supervisoras, o que resultou numa melhor consciencialização daquilo que é fundamental à aquisição das competências em questão, tais como a liderança, a tomada de decisão, assertividade, a flexibilidade, a comunicação, a disponibilidade, o trabalho de equipa, a partilha de saberes, o planeamento e a resolução de problemas.

Finalmente, importa salientar a importância da componente teórica do Curso de Mestrado, neste caso em particular da Unidade Curricular (UC) Gestão em a Saúde e Governação Clínica, para a aquisição destas competências. Para o efeito, para além de todo o conhecimento transmitido através dos conteúdos ministrados, foi desenvolvido um trabalho relativo à gestão de conflitos nas organizações de saúde, tendo sido reconhecida a importância de se conseguir fazer uma boa gestão de diferentes tipos de conflito e a encará-los, não somente numa perspetiva negativa, mas também como momentos de crescimento e potenciadores de mudança.

Refletindo sobre o trabalho realizado, considera que se desenvolveu e adquiriu competências no domínio da gestão de cuidados e competência nº 1 de mestre em enfermagem.

Competências de acordo com o domínio do desenvolvimento das competências das aprendizagens profissionais (D)

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em evidencia científica.

Competência de mestre nº 2

Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Competência de mestre nº 4

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

O enfermeiro especialista deve investir na evolução daquele que é o conhecimento sobre si próprio e da relação com outro, fundamental à prática de enfermagem, nomeadamente no estabelecimento de relação interpessoais com outros profissionais de saúde e com o doente e família (OE, 2019c). A prática reflexiva representa uma ferramenta fundamental no desenvolvimento do enfermeiro, enquanto profissional autónomo e crítico, nomeadamente em contexto clínico e de aprendizagem, uma vez que estimula o exercício de autoconhecimento através de uma atitude reflexiva antes, durante e após a intervenção, resultando numa melhoria dos cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016). Deste modo, de acordo com Younas, Rasheed, Sundus, & Inayat, (2019), o autoconhecimento representa um processo que permite identificar não só limitações e capacidades, mas também auxilia na gestão de situações complexas através da conceção de estratégias e repostas adequadas. No estudo dos mesmos autores, destaca-se a perceção dos enfermeiros de que educação e reflexão por si só não são suficientes para se alcançar este autoconhecimento; é imprescindível o feedback no contexto prático e de aprendizagem, que resulta em momentos de crítica construtiva e de discussão educacional (Younas, Rasheed, Sundus, & Inayat, 2019).

Todos os estágios foram realizados em serviços complexos do ponto de vista técnico e teórico, com especificidades muito diferentes daquelas com as quais havia contactado e fora da instituição onde se exerce funções, pelo que os sentimentos iniciais de insegurança, ansiedade e perplexidade foram uma realidade. O desconhecido, a exigência e a possibilidade de não conseguir alcançar com sucesso aquilo a que se propôs representaram fatores de stress. O reconhecimento destes sentimentos e a consciência de que estes fariam parte do processo permitiu que se começasse a trabalhar com vista a conseguir superá-los. Para além do investimento realizado na pesquisa bibliográfica e na dedicação ao estudo das novas temáticas, foi fundamental o contacto progressivo com o doente crítico, a familiarização com as diferentes dinâmicas de serviço e equipamentos de trabalho e a gradual integração na equipa multidisciplinar na construção da confiança. O autoconhecimento, que pressupõe o reconhecimento dos limites e qualidades enquanto profissional de saúde e pessoa, foram essenciais ao longo da aprendizagem, nomeadamente em situações novas (quando se assumia a importância de solicitar a colaboração de outros enfermeiros) e sempre que era necessário oferecer uma reposta rápida e adequada. Ao longo dos estágios, promoveu-se a reflexão sobre os cuidados prestados, a discussão sobre as atividades desenvolvidas não só com as enfermeiras supervisoras, mas também com os restantes elementos da equipa, e a análise de situações mais desafiadoras do ponto de vista prático, emocional e ético. Foi

solicitado inúmeras vezes uma apreciação daquilo que seria significativo melhorar ao longo dos ensinamentos clínicos, de acordo com os objetivos traçados e discutidos inicialmente. Estes exercícios de introspecção e diálogo, que permitiram contactar com outras formas de trabalhar e pensar, revelaram ser uma importante ferramenta na construção de um profissional de saúde mais habilitado na prestação de cuidados, a nível teórico e emocional. Importa também referir que a relação terapêutica estabelecida com o doente e família, nos diferentes contextos e compreendendo as suas especificidades, foi sinónimo de crescimento e gratificação.

No mesmo âmbito, para além do autoconhecimento, é espectável que o enfermeiro especialista enriqueça o seu corpo de conhecimentos baseado na mais recente evidência científica, sustentando assim a sua prática clínica e servindo de impulso para o contributo no campo da investigação (OE, 2019c). Apóstolo (2017) defende que os cuidados de saúde baseados em evidência resultam da necessidade de gerar conhecimento e evidência que sirvam de resposta a políticas e questões clínicas, para que assim se consiga oferecer cuidados de saúde ajustados à realidade social e cultural de cada contexto, de forma eficaz e apropriada. Concordantemente, a OMS indica que as decisões devem ser tomadas de acordo com a melhor evidência disponível, tendo em conta fatores como viabilidade de implementação, aceitação pelos pares, preferências do utente, acessibilidade e sustentabilidade (WHO, 2021e). Posto isto, o sucesso dos serviços de saúde encontra-se dependente do investimento que for feito na procura constante de informação que sustente práticas diárias, no desenvolvimento das entidades de chefia clínica e na instituição de medidas que fomentem uma cultura de melhoria contínua (Apóstolo, 2017).

Ao longo de todo o Curso de Mestrado, a atualização e aquisição de conhecimentos de acordo com a mais recente evidência científica constituiu um dos principais objetivos do processo de aprendizagem. Para que tal fosse possível, foi realizado um grande investimento na pesquisa bibliográfica, através de bases de dados científicas, em busca da informação mais recente, válida e pertinente, com o intuito de construir uma base de conhecimentos que viessem a sustentar a prática clínica não apenas em contexto de estágio, mas também em contexto profissional. A prestação de cuidados ao doente crítico, em contexto de SU e de UCI, exige um conjunto de conhecimentos teóricos e conceptuais que permita uma resposta mais diferenciada a situações complexas, de modo assertivo e competente. Concomitantemente, perante situações novas, o reconhecimento e interpretação daquilo que ia ocorrendo, foi facilitado pelo estudo previamente realizado e enriquecido, posteriormente, com mais investigação na área.

Importa ressaltar que qualquer intervenção implementada ou trabalho elaborado, ao longo de todo o Curso de Mestrado, incluindo o presente relatório, foram alicerçados na pesquisa da mais recente evidência e na busca pela informação nova. No entanto, para a

aquisição desta competência, destacam-se duas atividades realizadas em cada estágio. No estágio 1, tal como já foi referido anteriormente, foi identificada a necessidade de intervenção no acolhimento ao doente do SU, o que justificou a ação formativa junto da equipa de enfermagem em contexto clínico. Para tal, foi imprescindível a pesquisa da mais recente evidência científica sobre o papel do enfermeiro no acolhimento ao doente e família no SU, com especial destaque para o contexto pandémico. Durante o estágio final, foi elaborado um artigo de revisão sistemática (Apêndice II) sobre o contributo do cuidador na gestão da doença do doente coronário, com o intuito de estudar o tipo de doentes e famílias a que se prestava cuidados no serviço em questão, bem como sintetizar a evidência científica mais recente sobre o assunto em que incidia o projeto de intervenção profissional. O exercício de elaborar uma revisão sistemática implica a utilização de métodos explícitos e sistemáticos para integrar toda a evidência empírica que responda a uma questão de pesquisa, fornecendo assim um conjunto de achados a partir dos quais se podem retirar conclusões e tomar decisões; este tipo de trabalho permite desenvolver a competência de pesquisa da literatura e de escrita científica (Donato & Donato, 2019), o que se considera ser fundamental para a evolução enquanto profissional de saúde. O artigo foi submetido para a plataforma da editora *Springer*, no âmbito da *Fifth International Workshop on Gerontechnology 2022*, tendo sido aceite e encontra-se a aguardar publicação.

Perante a análise de todo o percurso académico, é possível concluir que as competências de mestre e de enfermeiro especialista referentes ao domínio das aprendizagens profissionais foram adquiridas.

3.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC enuncia as habilidades fundamentais ao cuidado do indivíduo cuja vida está em risco por falência de uma ou mais das suas funções vitais, dependendo assim fortemente de meios de vigilância, monitorização e tratamento adequado para garantir a sua sobrevivência (OE, 2018). O mesmo documento acrescenta 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 recuperação total” (OE, 2018: 19362).

A aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista será analisada de acordo com as atividades desenvolvidas ao longo do percurso académico, num processo de caracterização e reflexão sobre as mesmas, tal foi como apresentado relativamente às competências comuns. Sempre e quando se justificar, será realizada apreciação também das competências de mestre em enfermagem, uma vez que, tal como se assumiu anteriormente, estas são desenvolvidas em associação.

Competência específica 1

Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Do enfermeiro especialista em EMC-PSC é esperado que mobilize conhecimentos e habilidades para oferecer uma repostas holística e adequada ao doente crítico e sua família, perante uma situação complexa de saúde (OE, 2018). A aquisição desta competência representou um enorme desafio, tendo em consideração o grau de complexidade, a especificidade e a vastidão dos cuidados de enfermagem que integram esta área em específico.

Numa primeira instância, mostrou ser essencial recordar muitos dos conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do Curso de Mestrado. Neste âmbito, faz-se especial referência à importância da realização dos Cursos de Suporte Básico de Vida, SAV e o *International Trauma Life Support*, que para além de terem oferecido um vasto leque de informação pertinente e atualizada, proporcionaram também a operacionalização destes conhecimentos através da simulação prática, o que fomenta o raciocínio clínico e o desenvolvimento da destreza na resposta. Tal como já foi referido anteriormente, a procura de evidência científica que suportasse a prestação destes cuidados especializados foi uma constante ao longo dos estágios, não só através da pesquisa bibliográfica e estudo da mesma, mas também através da participação em congressos e formações. Foi possível participar no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos (participação validada pela orientadora pedagógica do estágio), cuja temática principal foram os desafios trazidos pela pandemia COVID-19 e que permitiu, assim, contactar com realidades diferentes, numa experiência de acesso aos conhecimentos científicos mais atualizados e, por isso, muito enriquecedora. Houve também a oportunidade de participar no 1º Curso de Atualização em Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca, que decorreu durante o período de estágio, organizado pela UCI CCT e dinamizado através de videoconferência, integrava diversas ações de formação sobre temas fundamentais à prestação de cuidados naquela unidade. Estes momentos formativos constituíram um elemento coadjuvante ao estágio na UCI, uma vez que permitiam

o esclarecimento de conceitos, fundamentavam a prática interventiva e, por serem dinamizados por elementos do serviço, encontravam-se completamente ajustados à realidade vivenciada na altura. Foi possível participar nas formações sobre «Alto fluxo», «Pacemakers», «Considerações teóricas em cirurgia cardíaca e Gestão do doente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca», «Abordagem do cateter venoso central e linha arterial», «Diálise: Monitor de AK98 e Cateter de hemodiálise», «Ritmos cardíacos e Posicionamento terapêutico – drenagem postural», «Pneumonia associada ao ventilador e Traqueostomia», «Gestão hemodinâmica do doente submetido a cirurgia cardíaca e Transporte do doente crítico», «Monitorização hemodinâmica invasiva: Cateter Swan-Ganz», «Auscultação e RX Tórax e Escalas de Avaliação», «Suporte Circulatório Mecânico», «HeartMate 3», «Ventilação mecânicas e sedo-analgésia em cuidados intensivos», «Considerações na alimentação no pós-operatório em Cirurgia cardíaca e traqueostomia» e «Como cuidar da mente? Repensar o cuidado» (participações validadas pela orientadora pedagógica do estágio).

Ao longo dos estágios, através da prestação direta dos cuidados ao doente em situação crítica, conseguiu aplicar num contexto prático os conhecimentos apreendidos, bem como adquirir muitos mais.

Durante o estágio no SU, foi possível colaborar na prestação de cuidados de saúde na Sala de Reanimação e no SO, para onde eram encaminhados os doentes críticos que careciam de uma intervenção emergente e monitorização mais rigorosa. Neste contexto, destacam-se dois casos: uma jovem encaminhada ao SU por tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa e um indivíduo trazido pela equipa da SIV por quadro de Paragem Cardiorrespiratória. Em ambos os casos, foi notória a coordenação da equipa multidisciplinar e a importância de oferecer uma resposta célere e eficaz, que se torna determinante para a sobrevivência do doente e na prevenção de futuras complicações. Esta unidade de saúde, admitida como SUB, foi constituída para responder a problemas mais simples e comuns de urgência, ainda que assegure também as condições necessárias para fornecer uma resposta adequada a cada circunstância: perante uma situação emergente e de maior complexidade, os profissionais de saúde devem estar habilitados a despistar complicações eminentes, estabilizar o doente e encaminhá-lo para outra unidade de saúde mais diferenciada. Assim, a experiência vivenciada no SUB veio demonstrar ainda mais a importância da capacidade de adaptação e de resposta da equipa face à imprevisibilidade de cada situação, tornando evidente a perícia dos profissionais de saúde, bem como a articulação com outras unidades hospitalares.

A UCI CCT é caracterizada por ser um local especializado, munido de pessoal cientificamente competente e tecnicamente muito treinado, equipamento sofisticado e instalações que asseguram a prestação de cuidados de excelência ao doente em situação

crítica e sua família, preservando a equidade, segurança e respeito, numa perspectiva holística, humanizada e eficiente. Esta unidade recebe maioritariamente doentes provenientes do BO (pós-operatório imediato) mas também do serviço de hemodinâmica, do serviço de cirurgia cardiotorácica (por complicações no pós-operatório tardio com necessidade de cuidado intensivo – falência respiratória, cardíaca, renal...), do serviço de cardiologia ou referenciados de outros serviços com necessidade de cirurgia cardíaca urgente/emergente (como ponte para o BO). A população-alvo dos cuidados prestados na UCI abrange desde doentes neonatais até doentes idosos, estando frequentemente relacionados com cirurgia valvular, cirurgia de revascularização, cirurgia por cardiopatia congénita, cirurgia de transplante cardíaco, entre outras. Ressalva-se que o processo de aprendizagem recaiu sobre os cuidados de enfermagem prestados ao doente adulto.

Ao longo do estágio na UCI CCT, teve a oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, que se encontrava sob ventilação mecânica invasiva, monitorização e avaliação hemodinâmica invasiva e vigilância apertada, com particular importância no despiste precoce de complicações como baixo débito cardíaco, disritmias, hemorragia, isquémia miocárdica, hipertensão pulmonar, edema agudo do pulmão e tamponamento cardíaco. Esta vigilância de situações de evolução rápida incluía uma constante centralidade nos focos de enfermagem mais comuns: ventilação e trocas gasosas comprometida, desequilíbrio eletrolítico e volume de líquidos comprometido, ingestão nutricional e metabolismo energético alterado, dor presente, termorregulação comprometida, risco de hemorragia, risco de infeção, ferida cirúrgica presente e risco de condição neurológica alterada. A identificação destes focos e a implementação adequada das intervenções de enfermagem, possibilitaram uma correta gestão e manutenção das necessidades fundamentais à recuperação do doente. A administração de protocolos terapêuticos complexos como: fármacos inotrópicos, vasodilatadores, antiarrítmicos, eletrólitos, sedativos, anticoagulantes e antiagregantes eram comumente utilizados nas mesmas circunstâncias. Os cuidados de enfermagem relacionadas com as técnicas e terapêuticas descritas não representavam uma novidade, uma vez que integravam a realidade no seu local de trabalho. No entanto, a condição dos doentes era muito diferente daquela com que se contactava: a grande maioria dos indivíduos aos quais se prestou cuidados encontravam-se estabilizados (dentro das limitações da sua doença cardíaca), a aguardar cirurgia no domicílio ou em meio hospitalar, sendo submetidos a uma cirurgia agressiva e complexa, o que os tornava num doente crítico e, potencialmente, instável. Assim, a prestação de cuidados nestas circunstâncias permitiu não só aprimorar competências já apreendidas, bem como adquirir outras mais complexas e qualificadas. O trabalho foi desenvolvido com o intuito de prestar cuidados complexos de forma adequada, reconhecendo precocemente alterações e os

processos que as originavam, o que conduzia à resolução do problema. Refletindo sobre o trajeto de aprendizagem, compreende-se que o contacto com outras realidades estimula e desenvolve a forma como se organiza o pensamento clínico e, conseqüentemente, o processo de enfermagem. Enfatiza-se a vantagem de se conseguir fazer uma comparação entre a realidade de estágio com a de trabalho, o que propicia a identificação de aspetos a melhorar futuramente, quer a nível científico, técnico ou de raciocínio clínico.

Houve também contacto com algumas intervenções terapêuticas mais complexas como são exemplo os doentes com técnicas de substituição de função renal, com oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO), com balão Intra aórtico ou com assistência ventricular (*Berlin Heart*). Não estando familiarizada com estas técnicas, a prestação de cuidados a doentes submetidos às mesmas tornou-se desafiante, mas também muito enriquecedora. A prestação de cuidados, numa primeira instância, ditava a necessidade de compreender os princípios das técnicas e o funcionamento dos dispositivos em questão (irrefutável a importância da pesquisa científica), de modo a compreender como operacionalizá-los, reconhecendo algumas particularidades. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na monitorização, vigilância e deteção precoce de qualquer complicação relacionada com o doente e com o equipamento, de modo que consiga colocar em prática procedimentos que permitam a sua atempada resolução.

Na maioria das vezes, o doente admitido na UCI CCT era proveniente do BO e a sua admissão representava inicialmente um momento de stress acrescido, uma vez que este era trazido diretamente da mesa operatória para a unidade, com um perfil hemodinâmico ainda instável, ventilado e sob medicação inotrópica. Durante a admissão do doente, a monitorização dos sinais vitais, a adaptação ao ventilador, a manutenção da terapêutica em curso e a verificação dos equipamentos e dispositivos médicos eram algumas das intervenções colocadas em prática. Ao mesmo tempo, era realizada a transmissão de informação clínica do doente, cirurgia realizada e intercorrências do intraoperatório, essenciais à continuidade dos cuidados e no reconhecimento de alterações e complicações, estando o procedimento estruturado e protocolado, de modo a evitar intercorrências ou agravamento do estado clínico. Este procedimento requeria uma boa coordenação com a equipa, destreza na manipulação dos diferentes tipos de equipamentos e perícia face à complexidade destes doentes. A gestão do sentimento de medo foi sendo conseguida através da experiência adquirida ao longo do estágio (houve uma procura em estar sempre presente nesses momentos, participar ativamente sempre que fosse seguro e disponibilizar ajuda a outros elementos da equipa na admissão), do estudo de todos os momentos que constituem este processo e na reflexão/discussão com a enfermeira supervisora sobre o que ia sendo alcançado e o que carecia de melhoria.

Como forma de conseguir articular e compreender o *continuum* que representavam os cuidados ao doente submetido a cirurgia cardíaca, foi possível assistir a duas intervenções: cirurgia valvular aórtica (substituição por válvula aórtica biológica) e cirurgia de revascularização do miocárdio (doença coronária de 2 vasos com necessidade de utilização de enxertos da artéria mamária e veia safena), ambas com recurso a CEC. Foi acompanhado todo o processo que decorre desde o momento em que o doente chega à sala, a preparação pré-operatória e a intervenção cirúrgica propriamente dita. Os intervenientes no procedimento foram explicando cada intervenção, o que permitiu compreender de uma forma sumária o que constituía este tipo de cirurgias, colocar algumas questões sobre o que se ia observando e perceber a função de cada elemento da equipa multidisciplinar. Para além de ter constituído uma experiência completamente nova, de carácter complexo e, talvez por isso, fascinante, confirmou o rigor científico e perícia inerentes à mesma, com destaque para a importância da coordenação e do trabalho de equipa no intraoperatório, bem como a importância dos bons cuidados de pós-operatório imediato, preditores de uma recuperação bem-sucedida.

A DGS instituiu a dor como o 5º sinal vital que, de forma generalizada, se encontra presente em qualquer situação patológica que implique cuidados de saúde, pelo que é dever do profissional de saúde a sua avaliação regular e respetivo registo (DGS, 2003). A dor é definida como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como emocional da pessoa que a sofre (...) todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes” (DGS, 2003: 4). A formação adequada e a melhor evidência científica sustentam as intervenções de prevenção e controlo da dor, que devem ser atualizadas ao longo do percurso profissional, não desprezando a importância de uma intervenção multidisciplinar organizada (DGS, 2017c). Estudos demonstram que ainda que os SU representem a principal unidade de saúde que recebe indivíduos com dor, a gestão deste sinal vital é subvalorizada, o que pode conduzir a deterioração da condição física e mental do doente (Mota, et al., 2020). No entanto, a complexidade e a subjetividade deste sintoma constituem um obstáculo a uma correta avaliação, pelo que, uma vez mais, é preconizada a necessidade de investir na formação como estratégia para minorar os efeitos da dor não controlada (Mota, et al., 2020). De modo semelhante, a gestão da dor constitui um desafio para os profissionais de saúde uma vez que é tendencialmente subestimada, mesmo que seja reconhecido o volume de procedimentos dolorosos a que o doente crítico é submetido frequentemente numa UCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2011). Mais especificamente num contexto pós-cirúrgico cardíaco, elevados níveis de dor estão diretamente relacionados, por exemplo, com a disseção cutânea, retração esternal e colocação de drenos torácicos, o que se traduz em consequências adversas a uma boa

recuperação (Jayakumar, Borrelli, Milan, Kunst, & Withaker, 2019). O insatisfatório controlo algíco está associado a complicações respiratórias (resistência à tosse e respiração profunda, levando à acumulação de secreções), alterações na mobilidade (relutância à mobilização, promotora de atrofia muscular e atelectasia) e eventos cardíacos (aumento dos valores de adrenalina responsáveis por hiperglicemia, hipertensão e taquicardia, o que potencia eventos arrítmicos e predisposição a isquémia miocárdica por elevado consumo de oxigénio) (Jayakumar, Borrelli, Milan, Kunst, & Withaker, 2019). Posto isto, ao longo dos estágios, procurou ter uma maior consciencialização do processo dor, as suas diferentes manifestações de acordo a especificidade de cada contexto e doente, investindo na pesquisa bibliográfica e na discussão da temática com os pares. Foram aplicadas a Escala Visual Analógica ou a Escala Numérica no caso do doente consciente e a Escala Comportamental (*Behavioral Pain Scale*) no caso do doente intubado, como forma de identificação e avaliação da dor adequadamente. Para além das medidas de farmacológicas de alívio de dor, que compreendiam a administração e titulação de medicação analgésica e sedativa, consoante protocolos e prescrição, foi também possível explorar as medidas não farmacológicas. Relativamente a estas últimas, é de frisar a importância dos posicionamentos no doente ventilado, que contribuem não só para a recuperação pulmonar e proteção da pele, mas também para o conforto e alívio da dor; as mobilizações articulares passivas, ativas e assistidas, adequadas a cada necessidade, prevenindo lesões e desconforto. O doente incapaz de comunicar, por alteração do estado de consciência infligido pelo tratamento ou por condição patológica, é aquele que requer maior atenção, obrigando a uma apreciação após um procedimento potencialmente doloroso, perante uma alteração de comportamento ou de outro sinal vital. Todo este processo era alvo de monitorização dos resultados, reavaliação e subsequente registo.

É impossível dissociar a gestão da comunicação da relação terapêutica com o doente crítico e família. No entanto, tanto em contexto de urgência como de cuidados intensivos, a comunicação e a relação terapêutica representam um desafio acrescido.

Em ambiente de cuidados intensivos, o doente crítico é alvo de um conjunto de novas intervenções praticadas por pessoas desconhecidas, desenvolvendo novas necessidades que carecem de ser satisfeitas, o que inevitavelmente se repercute na sua dignidade (Bidabadi, Yazdannik, & Zargham-Boroujeni, 2019). Simultaneamente, a perceção de segurança do doente é influenciada pela presença do tubo endotraqueal, que limita a comunicação, e pela condição delicada em se encontram, que interfere com a sua privacidade e autonomia; conseqüentemente, a experiência vivenciada numa UCI é comumente descrita como desconfortável e traumatizante (Henriksen, Hansen, Wøien, & Tønnessen, 2021). Para além disso, a complexidade do doente potencia uma abordagem mais objetiva e

instrumentalizada por parte dos profissionais de saúde, assente numa visão mais reducionista e paternalista, em detrimento de uma abordagem que deve ser holística, conferindo a devida importância à dimensão psicológica e mental – priorizar a atenção para os problemas fisiológicos é inevitável mas não pode ser redutora (Bidabadi, Yazdannik, & Zargham-Boroujeni, 2019). Identicamente, “o serviço de urgência e emergência, pelas suas características relacionadas com uma assistência imediata, eficiente e de grande complexidade técnica, está muito centrado no tratamento da pessoa” (Lima, Sousa, & Marques, 2022: 2); os mesmos autores acrescentam que a individualidade e privacidade do doente, bem como o acolhimento e a transmissão da informação de forma apropriada se tornam difíceis de assegurar.

Foi percebido que, tanto os doentes que recorrem ao SU como os que encontram internados na UCI CCT, vivenciam a doença como um processo intenso e complexo, pautado por momentos de stress e ansiedade, que se repercute na unidade familiar. Verificou-se que sentimentos de incerteza, medo do desconhecido e impotência foram agudizados pelo contexto pandémico, uma vez que as visitas e contactos presenciais estavam muito limitados. A utilização da máscara representava, por si só, uma limitação à linguagem não verbal, ocultando algumas manifestações de sentimentos e emoções até então facilmente identificáveis. Em ambos os contextos, os períodos de internamento são, por norma, curtos e a noção de instabilidade constante pode condicionar o estabelecimento da relação terapêutica com o profissional de saúde, ainda para mais quando inserido num processo de aprendizagem. Consciente destes obstáculos e das limitações inerentes à prática, desenvolveram-se esforços para identificar precocemente as necessidades do doente e/ou família, adaptando o diálogo e utilizando técnicas de comunicação que permitissem a melhor compressão daquele individuo e da sua unidade familiar. A utilização de papel e caneta, a combinação de sinais e símbolos, o toque e a simples presença à cabeceira foram algumas das estratégias utilizadas para adaptar a comunicação com os doentes intubados, confusos ou com alteração do seu estado cognitivo: a sensibilidade, a experiência e o raciocínio clínico permitiram, a partir daqui adequar as intervenções, o que se traduz na qualidade dos cuidados de saúde. Em cada momento de contacto clínico, procurou-se criar uma relação empática, compreender o que sentia o doente e família, transmitir informação em tempo real de forma clara e concisa, proporcionar momentos de escuta ativa e disponibilidade, validando sempre aquilo que foi comunicado.

É possível afirmar que o enfermeiro, o doente crítico e a família devem relacionar-se à semelhança de uma equipa: partilham informações e responsabilidades, baseando-se na compreensão, consenso e credibilidade, com o objetivo de satisfazer as necessidades dos dois últimos intervenientes (Henriksen, Hansen, Wøien, & Tønnessen, 2021). Perante uma

situação de doença crítica, onde o sofrimento, a fragilidade e a adaptação são uma realidade, a família procura no profissional de saúde a resposta às suas necessidades, tendo em consideração o conhecimento clínico deste e a sua proximidade do doente (Mendes, 2020). Uma vez mais, a família assume simultaneamente o papel de cliente e parceira no fornecimento de cuidados de saúde, que ao ver as suas necessidades satisfeitas, desenvolve a capacidade de apreciação e reorganização perante os acontecimentos, lida com a incerteza e, eventualmente, adapta-se a uma nova realidade (Mendes, 2020). A complexidade de um ambiente de urgência ou de cuidados intensivos foi considerada aquando do estabelecimento da relação terapêutica, pelo que a conduta adotada assumia a existência de barreiras à comunicação. O medo, a ansiedade, a própria condição em que a família encontrava o doente e a dificuldade em gerir uma situação de mudança, obrigou a uma atenção redobrada e a um maior esforço para conseguir implementar uma relação de ajuda, que mitigasse estes sentimentos, alcançando assim uma maior estabilidade emocional para ambos.

Considerando a análise das experiências vivenciadas e do trabalho desenvolvido, acredita ter adquirido a competência em alvo de reflexão.

Competência específica 2

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

A OE preconiza que é competência do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC analisar, planear e coordenar a resposta rápida e adequada a uma situação de emergência, exceção ou catástrofe (OE, 2018). A situação de emergência pressupõe uma alteração do estado de saúde, de forma repentina e violenta, que coloca em risco de vida um indivíduo, enquanto a situação de exceção ocorre quando se verifica em desequilíbrio entre as necessidades e os recursos fundamentais a uma resposta (OE, 2018). De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, catástrofe é definida como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (AR, 2015b: 3).

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, revendo alguns conteúdos abordados no Curso *International Trauma Life Support*, relacionados com situação inesperadas e emergentes, em que a vida do(s) indivíduo(s) se encontra em risco, frequentemente em contextos não controlados. A par disso, foram analisados planos de emergência e catástrofe dos serviços onde foram realizados os estágios, discutindo posteriormente as orientações com as enfermeiras supervisoras.

Durante os estágios, não teve contacto com nenhuma situação de catástrofe, de exceção ou de emergência multivítimas. No entanto, compreendendo estes conceitos e lidando de perto com a realidade que foi a pandemia ao nível das unidades hospitalares, em contexto de estágio e em contexto profissional, é difícil não os considerar em parte como tal. Ambos os estágios foram realizados em contexto pandémico, que foi caracterizado como um período de crise, cujo controlo estava aquém da capacidade humana e que, inevitavelmente, resultou em mortes e afetou a vida das populações (Hossny, et al., 2022). A gestão de situação de crise constitui um grande desafio para as organizações de saúde (Hossny, et al., 2022), revelando-se crucial uma atuação coordenada entre políticos, gestores e chefias de saúde (Ventura-Silva, et al., 2020). De modo a organizar a prestação de cuidados, para além do cumprimento das orientações governamentais, foi necessário definir um plano local e adequado à realidade das populações; num reduzido espaço de tempo, as unidades de saúde foram obrigadas a reorganizar os seus recursos materiais e humanos, implementar intervenções integradas e preparar planos de contingência (Ventura-Silva, et al., 2020). O enfermeiro, em particular o gestor, sendo detentor de conhecimento e experiência que baseiam a sua tomada de decisão na implementação de medidas corretivas de gestão de crise e na superação de obstáculos, desempenhou um importante papel nesta reestruturação, uma vez que consegue aplicar de forma crítica as indicações governamentais (Hossny, et al., 2022). Em contexto de estágio, foi possível acompanhar de perto este processo organizacional, tanto no SU como na UCI CCT. No SU, participou na gestão de recursos materiais, nomeadamente EPI's, compreendendo a importância de evitar a rutura bem como a acumulação desnecessária, consciente de que podia representar carências para outros serviços. O circuito destinado ao doente suspeito ou infetado com SARS-CoV-2 levou a uma reestruturação do espaço físico desta unidade de saúde: foram criadas zonas próprias para a sua alocação, assegurando não só a segurança dos outros doentes e trabalhadores da instituição, mas também uma resposta adequada às suas necessidades. Os cuidados de saúde prestados ao doente suspeito ou infetado aconteciam na ADR, sendo designado um dos enfermeiros de turno para ficar responsável pelos mesmos e, por isso, impossibilitado de sair dessa zona durante um determinado período de tempo, pelo que a equipa ficava reduzida, a que acrescia o facto de ter que prestar auxílio ao colega que se encontra na zona de isolamento. Na UCI CCT, uma das salas que anteriormente recebia doente cirúrgicos foi transformada numa unidade COVID e os cuidados de saúde eram assegurados em parte por enfermeiros deste serviço. Assim, em cada turno, era necessário organizar a equipa de enfermagem de acordo com o número de doentes das duas unidades. Em ambos os contextos, a minuciosa gestão dos recursos existentes permitia oferecer a melhor resposta possível à imprevisibilidade e gravidade de cada situação e, para

tal, era fundamental a perícia, perspicácia e desenvoltura, destacando-se o papel do enfermeiro especialista.

Sob o mesmo ponto de vista, pode ser analisado o cenário de esternotomia de urgência. As complicações inerentes a uma cirurgia cardíaca devem ser antecipadas e, sempre que possível, o doente deve ser operado no BO; no entanto, por extrema urgência ou por não se reunirem as condições necessárias à transferência, o doente deve ser intervencionado na UCI, onde assumidamente não existem as condições ideais para tal (asepsia, equipa treinada, espaço, iluminação, material cirúrgico, medicação anestésica e a possibilidade de ocorrerem intercorrências relacionados com os outros doentes). Ainda assim, a paragem cardiorrespiratória, no pós-cirúrgico cardíaco, está comumente associada a tamponamento ou hipovolémia (hemorragia), estando descrito que a massagem cardíaca externa é, nestas situações, ineficaz, pelo que se destaca a importância da esternotomia emergente precoce, num período inferior a 5 minutos (Society of Thoracic Surgeons Task Force on Resuscitation After Cardiac Surgery, 2017). Quando o doente se apresenta hemodinamicamente muito instável, há necessidade de recorrer a uma intervenção cirúrgica emergente, com as condições de asepsia possíveis, que é iniciada pelo cirurgião de urgência e pelo enfermeiro, onde é fundamental a assistência coordenada da equipa multidisciplinar e a redistribuição temporária de funções na UCI, sem colocar em risco os restantes doentes, enquanto chega a equipa cirúrgica. Assim, a esternotomia realizada nas condições anteriormente descritas, configura uma situação de emergência em contexto de exceção, que acontece de forma imprevisível e súbita, sobrecarregando a capacidade de resposta dos profissionais de saúde, uma vez que obriga à prestação de cuidados de forma imediata, uniformizada e com eficácia. Houve a oportunidade de observar um procedimento desta natureza, durante o qual se testemunhou o stress e pressão a que estão sujeitos os profissionais de saúde, ao mesmo tempo que é essencial manter a calma e controlo, para que seja possível intervir da melhor forma para resolver os problemas mais prementes. Uma vez mais, foi notória a presença do enfermeiro perito e experiente, detentor de conhecimentos teórico-práticos capaz de gerir a instabilidade da situação, os cuidados ao doente e a equipa que trabalha consigo.

A componente teórica do Curso de Mestrado, a UC EMC 3, trouxe contributos fundamentais à aquisição da competência em análise através dos conteúdos lecionados. A gestão da dor em situações exceção, considerando que representa um desafio acrescido e requer planeamento prévio de recursos e intervenções, foi o tema selecionado para a elaboração de um póster. A pesquisa da mais recente evidência científica para a construção e apresentação deste trabalho, bem como a sua discussão e de outros que foram partilhados em sala de aula, permitiu contactar com diferentes temáticas e, assim, tornar mais rico o corpo de conhecimentos.

Ao refletir sobre o que foi descrito, ainda que não tenha sido possível atuar a nível das típicas situações de emergência, catástrofe e exceção, crê que é lícito assumir que a experiência vivenciada e o trabalho desenvolvido ao longo do curso permitiram adquirir um corpo de conhecimentos que serve de alicerces a esta competência.

Competência específica 3

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A OE preconiza que o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC está habilitado para desenvolver a sua intervenção na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018). Este tipo de intervenção é fundamental ao reconhecer a complexidade dos contextos clínicos onde o enfermeiro presta cuidados, a condição do doente crítico, cuja vida se encontra ameaçada por falência de funções vitais, e a diversidade de medidas invasivas de diagnóstico e tratamento a que este é submetido (OE, 2018). O último enunciado descritivo do RPQCEEPSC remete para a mesma área de intervenção (OE, 2015).

De acordo com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), as Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos (RAM) são problemas à escala mundial, com implicações nas taxas de morbilidade e mortalidade, que reduzem a qualidade dos cuidados de saúde e constituem um risco para a segurança dos doentes, para além da sobrecarga financeira que representam (DGS, 2017d). As IACS são definidas como infeções adquiridas por um doente durante um processo de cuidados de saúde num hospital ou noutra unidade de saúde, que não estavam presentes nem em incubação no momento da admissão, e que se podem manifestar ainda no internamento ou após a alta (WHO, 2016). A RAM é definida como a capacidade de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, que está intimamente relacionada com a incorreta utilização de antibióticos e falhas na prevenção e controlo de infeção; medidas de promoção de higiene das mãos e melhor higiene nas unidades de saúde permitem reduzir para metade o risco de morte associado a esta problemática (Organization for Economic Cooperation and Development, 2019).

De acordo com a OMS, um paciente tem 7% de probabilidade de adquirir pelo menos uma IACS quando do internamento hospitalar, vendo esta probabilidade aumentada para 30% se o seu internamento for numa UCI (WHO, 2022). Relativamente ao internamento em UCI, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças indica que em 2017, 8.3% dos

doentes internados em UCI, num período de tempo superior a dois dias, contraíram pelo menos uma das IACS: pneumonia (97.3% associada à intubação), infeção nosocomial da corrente sanguínea (36.5% associada ao cateter venoso central) e infeção do trato urinário (97.9% associado ao cateter vesical) (European Centre for Disease Prevention and Control, 2019). Durante o período pandémico, especialmente durante as primeiras vagas de 2020, estudos demonstraram que dos doentes hospitalizados com diagnóstico confirmado de COVID-19, até 41% foram infetados em ambiente de cuidados de saúde (WHO, 2022).

Atuando do mesmo modo que tem vindo a ser descrito, durante os estágios, procedeu à revisão de alguns conteúdos lecionados na componente teórica do Curso de Mestrado e realizou uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, com maior atenção para a realidade de cada contexto. Assim, como sustento à prática, foram tidos em especial consideração o PPCIRA e as normas da DGS relativas aos feixes de intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação, de infeção de local cirúrgico, de infeção relacionada com cateter venoso central e de infeção urinária associada a cateter vesical. De modo a enriquecer o leque de aprendizagens, participou no Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2021 (participação validada pela orientadora pedagógica do estágio) que para além de cimentar alguns dos conhecimentos já desenvolvidos na prática clínica e na UC EMC 5, permitiu também o contacto com temáticas atuais, como é exemplo o desafio trazido pela pandemia. A par disso, foram analisados protocolos e normas de prevenção e controlo de infeções de cada instituição e unidade de saúde em que se realizou estágio, prestando cuidados de acordo com as diretrizes preconizadas.

No estágio realizado no SU, considerando a grande afluência de doentes, a variedade de procedimentos executados e a rapidez com que o profissional de saúde é obrigado a responder às necessidades, torna-se ainda mais evidente a importância de adotar boas práticas de prevenção e controlo de infeção, num local onde a propagação de microrganismos se encontra, por si só facilitada. A pandemia COVID-19 veio confirmar a importância destas intervenções. A OMS defende que a prevenção e controlo de infeções configuram os alicerces da resiliência e preparação de um sistema de saúde, afirmando que a pandemia veio não só demonstrar o papel preponderante destas medidas para a proteção de doentes e profissionais de saúde, mas também no controlo de doenças infecciosas emergentes (WHO, 2022). Apesar da elevada produção de normas orientadoras emanadas pela DGS, teve a preocupação de se manter atualizada.

Ao longo do estágio na UCI CCT, destaca-se a operacionalização dos 4 feixes de intervenção preconizados pela DGS, procurando basear a sua prática diária nas recomendações fornecidas pelos mesmos. Neste mesmo âmbito, foi possível discutir esta temática com a enfermeira supervisora e uma das enfermeiras do Grupo Coordenador Local

do PPCIRA, abrindo espaço para o esclarecimento de dúvidas. Neste contexto em específico, procurou ter sempre consciência da importância da utilização correta, mas também adequada dos EPI's, em concordância com a condição do doente, tendo como objetivo minorar o risco de infecção e a transmissão cruzada. Destacam-se os cuidados prestados a doentes no pós-cirúrgico imediato de transplante cardíaco, que ficam em isolamento profilático, uma vez que se encontram numa situação de imunossupressão. Foram cumpridas todas as diretrizes instituídas ao cumprimento deste tipo de isolamento defensivo, relativamente à utilização de EPI's, material trazido para o interior da unidade do doente (roupa, alimentação, dispositivos médicos e material de consumo clínico), descontaminação e desinfecção de equipamento clínico, preparação e administração de medicação (particularmente endovenosa), entre outras.

Em ambos os contextos, adotou uma postura crítica perante situações passíveis de melhoria e reuniu esforços para que a conduta da sua prática fosse um exemplo a seguir. Assim, considera-se que a competência em análise foi adquirida.

Competência de mestre nº 7

Evidencia competências comuns e específicas, na sua área de qualidade

Considerando que foram adquiridas e desenvolvidas as competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, tal como se fez prova através da análise realizada neste ponto, assume-se que a presente competência de mestre foi, por consequência, também alcançada.

CONCLUSÃO

O relatório representa o culminar de um percurso académico que se mostrou rico na aquisição de conhecimento e a aprendizagens.

Ao longo da componente teórica do curso, desenvolveu o trabalho com espírito curioso e crítico, construindo um corpo de conhecimentos que alicerçou a componente prática, com base na mais recente evidência científica. Durante os estágios, aprofundou e mobilizou estes conhecimentos, desenvolveu habilidades na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados ao doente crítico e sua família e adquiriu competências na área da conceção, gestão e supervisão dos cuidados. A implementação do projeto de intervenção ofereceu dados e informação relativos ao cuidador do doente coronário e o seu contributo no autocuidado do processo saúde-doença, conferindo maior destaque à unidade doente-família. Futuramente, pretende-se continuar a trabalhar no sentido de validar a «Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária», uma vez que esta constituirá um importante instrumento de avaliação do impacto que o cuidador tem no autocuidado do doente coronário, tornando-se um elemento orientador da prática clínica. A intenção é continuar a progredir no estudo deste instrumento de avaliação, pelo que este trabalho constitui o ponto de partida.

A prática crítica e reflexiva foram uma constante, sempre apoiadas na evidência científica; foi através desta análise fundamentada que se considera ter atingidos os objetivos a que se propôs e, conseqüentemente, ter adquirido as competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em EMC-PSC e competências de mestre em enfermagem.

É impossível negar a existência de algumas limitações e dificuldades sentidas ao longo deste processo de aprendizagem. A pandemia covid-19 representou a maior adversidade encontrada, com diversas implicações. Viviam-se tempos de medo e ansiedade, sendo notória a pressão a que estava sujeito o sistema de saúde. As exigências do período pandémico limitaram algumas atividades, o que condicionou a implementação de algumas intervenções, como por exemplo, o trabalho a ser desenvolvido junto das famílias. O tempo de resposta a pareceres pelas várias comissões de éticas envolvidas no projeto intervenção representou uma adversidade ao início da colheita de dados, necessário à execução do mesmo. Finalmente, identifica-se a distância geográfica entre a sua residência e os locais onde tiveram lugar as componentes teóricas e práticas, como um fator potenciador de cansaço e, por isso, limitativo.

Os desafios começam a ser superados no momento em que se consegue identificar os próprios limites – o percurso não foi fácil e o esforço desenvolvido para conseguir honrar os

compromissos assumidos, impulsionou o autoconhecimento e proporcionou um enorme crescimento profissional.

A elaboração deste trabalho não representa o fim. A jornada que agora se inicia prevê-se longa e exigente, uma vez que agora mais do que nunca, se compreende ainda melhor a importância de continuar a investir na formação, a necessidade de enfrentar novos desafios e o dever de fazer a diferença diariamente na prestação de cuidados de enfermagem. O título de enfermeiro especialista em EMC-PSC e o grau de mestre em enfermagem representam a responsabilidade de fazer mais e melhor pela profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. (2015). NCE/14/01772 - Apresentação do pedido corrigido - novo ciclo de estudos. Lisboa.

All European Academies. (2018). Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação. Berlim.

Allgood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Assembleia da República [AR]. (2015a). Lei nº156/2015, de 16 de setembro: Segunda Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, nº 181, 1ª série, 8059-8105. Lisboa.

Assembleia da República [AR]. (2015b). Lei de Bases da Protecção Civil. Diário da República, 1-24. Lisboa.

Assembleia da República [AR]. (2018). Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto: Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, nº 157, Série I, 4147-4182. Lisboa.

Assembleia da República [AR]. (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República, nº 169, Série I, 55-66. Lisboa.

Assembleia Geral das Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris.

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.

Bertoni, A., Donato, S., Graffigna, G., & Barelo, S. (2014). Engaged patients, engaged partnerships: singles and partners dealing with an acute cardiac event. *Psychology, Health & Medicine*, 1-13.

Bidabadi, F. S., Yazdannik, A., & Zargham-Boroujeni, A. (2019). Patient's dignity in intensive care unit: A critical ethnography. *Nursing ethics*, pp. 738–752.

Buigues, C., Queralt, A., Velasco, J. A., Salvador-Sanz, A., Jennings, C., Wood, D., & Traperó, I. (2021). Psycho-Social Factors in Patients with Cardiovascular Disease

Attending a Family-Centred Prevention and Rehabilitation Programme: EUROACTION Model in Spain. *Life*, 1-17.

CH. (2021). História/ CH. Obtido de Site oficial do CH.

CH. (2021). Missão, Visão e Valores/CH. Obtido de Site oficial do CH.

Chen, Y., Lin, F. F., & Marshall, A. P. (2021). Patient and family perceptions and experiences of same-day discharge following percutaneous coronary intervention and those kept overnight. *Intensive and Critical Care Nursing*, 1-8.

Cherlin, E. J., Curry, L. A., Thompson, J. W., Greysen, R., Spatz, E., Krumholz, H. M., & Bradley, E. H. (2012). Features of high quality discharge planning for patients following acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 436-443.

Chiou, A.-F., Hsu, S.-P., & Hung, H.-F. (2016). Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Applied Nursing Research*, pp. 1-6.

De Bacquer, D., Astin, F., Kotseva, K., Pogosova, N., De Smedt, D., De Backer, G., . . . Jennings, C. (2022). Poor adherence to lifestyle recommendations in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE surveys. *European journal of preventive cardiology*, 383-395.

Dias, J. (2004). Formadores: que desempenho? *Lusociência*.

Digby, R., Manias, E., Haines, K. J., Orosz, J., Ihle, J., & Bucknall, T. K. (2022). Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Australian Critical Care*, pp. 1-11.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 09/DGCG, 1-4. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017c). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017d). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de Covid-19. Norma nº 004/2020. Lisboa: Ministério da Saúde.

Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 227-235.

Dumit, N. Y., Nouredine, S. N., & Magilvy, J. K. (2016). Perspectives on barriers and facilitators to self-care in Lebanese cardiac patients: a qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 69-78.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. Estocolmo.

European Society of Cardiology [ESC]. (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal* , 407-477.

European Society of Cardiology [ESC]. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* , 1-111.

Fernandes, V., Contente, A., Guerreiro, I., Guerreiro, H., Gouveia, M., & Melo, M. (2021). Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa. *Gestão e Desenvolvimento*, 465-482.

Global Self-Care Federation. (2022). Self-care readiness index 2.0.

Hajduk, A. M., Hyde, J. E., Waring, E. M., Lessard, D. M., McManus, D. D., Fauth, E. B., . . . Saczynski, J. S. (2016). Practical care support during the early recovery period after acute coronary syndrome. *Journal of Applied Gerontology*, pp. 1-23.

Henriksen, K. F., Hansen, B. S., Wøien, H., & Tønnessen, S. (2021). The core qualities and competencies of the intensive and critical care nurse, a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 4963-4710.

Hossny, E. K., Morsy, S. M., Ahmed, A. M., Saleh, M. S., Alenez, A., & Sorour, M. S. (2022). Management of the COVID-19 pandemic: challenges, practices, and organizational support. *BMC Nursing*, 1-13.

Huriani, E. (2019). Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 294-299.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). Estatísticas da Saúde 2020. Lisboa.

Jaarsma, T., Strömberg, A., Dunbar, S., Fitzsimons, D., Lee, C., Middleton, S., . . . Riegel, B. (2021). Self-care research: How to grow the evidence base? *International Journal of Nursing Studies*.

Jayakumar, S., Borrelli, M., Milan, Z., Kunst, G., & Withaker, D. (2019). Optimising pain management protocols following cardiac surgery: A protocol for a national quality improvement study. *International Journal of Surgery Protocols*, pp. 1-8.

Kahkonen, O., Kyngas, H., Saaranen, T., Kankkunen, P., Miettinen, H., & Oikarinen, A. (2020). Support from next of kin and nurses are significant predictors of long-term adherence to treatment in post-PCI patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 339-350.

Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., . . . al, e. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Lima, E. R., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da pessoa em situação crítica. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 1-8.

Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, pp. 1-9.

Miller, W. R., Lasiter, S., Ellis, R. B., & Buelow, J. M. (2014). Chronic disease self-management: A hybrid concept analysis. *Nursing Outlook*, 1-8.

Ministério da Saúde [MS]. (1996). Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, nº 205, 1ª série, 2959 - 2962. Lisboa.

Ministério da Saúde [MS]. (2007). Decreto-Lei nº (...), de (...): Cria a Unidade Local de Saúde (...), E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos. *Diário da República*, nº 42, Série I, 1414 (29) - 1414 (37) . Lisboa.

Ministério da Saúde [MS]. (2014a). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto: Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). *Diário da República*, nº153, 2ª série, 20673-20678. Lisboa.

Ministério da Saúde [MS]. (2014b). Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril: Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM. *Diário da República*, nº79, 2ª série, 11123-11124. Lisboa.

Ministério da Saúde [MS]. (2015). Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio: Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. (102), 2ª série, 13550-13553. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, nº 187, 2ª série, 96-103. Lisboa.

Mota, M., Cunha, M., Santos, M., Duarte, J., Rocha, A., Rodrigues, Â., . . . Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. Millenium, pp. 269-279.

Nunes, L. (2017). Para uma epistemologia de enfermagem. Loures: Lusodidacta.

Nunes, L. (2020). Aspectos Éticas na investigação de Enfermagem. Setubal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.

Oliveira, F., Ferreira, E., Rufino, N., & Santos, M. (2011). Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. Aquichan, 48-65.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019c). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 26, Série II, 4744 - 4750. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (...). Diário da República, nº 135, 2ª série. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual Enunciados descritivos. Concelho de Enfermagem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, nº 123, 2ª série, 17240-17243. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, nº 184, série II, 128 - 155.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE. Obtido de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Genebra.

Organization for Economic Cooperation and Development. (2019). Antimicrobial Resistance Tackling the Burden in the European Union.

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência* (11), pp. 121-132.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Reveles, A., Simões, I., & Ferreira, P. (2018). Consulta de enfermagem e controlo de fatores de risco cardiovasculares na pessoa após síndrome coronária aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, 33-42.

Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, 194-204.

Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Stromberg, A. (2019). Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, 206-215.

Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., . . . Webber, D. E. (2017). Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 1-27.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos* (nº 15), 1-38.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2011). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*.

Society of Thoracic Surgeons Task Force on Resuscitation After Cardiac Surgery. (2017). The Society of Thoracic Surgeons Expert Consensus for the Resuscitation of Patients Who Arrest After Cardiac Surgery. *The Annals of thoracic surgery*, pp. 1005-1020.

The International Center for Self Care Research. (2019). Obtido de Self care research: <https://www.selfcareresearch.org/>

Thomson, P., Angus, N. J., Andreis, F., Rushworth, G. F., Mohan, A. R., Chung, M. L., & Leslie, S. J. (2020). Longitudinal evaluation of the effects of illness perceptions and beliefs about cardiac rehabilitation on quality of life of patients with coronary artery disease and their caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1-14.

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., & White, H. D. (novembro de 2018). Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction . European Society of Cardiology [ESC], American College of Cardiology [ACC], American Heart Association [AHA], World Heart Federation [WHF].

ULS. (2020). Missão, Atribuições e Legislação/ULS. Obtido de Site oficial da ULS.

Vellone, E., Lorini, S., Ausili, D., Alvaro, R., Di Mauro, S., De Marinis, M. G., . . . De Maria, M. (2020). Psychometric characteristics of the caregiver contribution to self-care of chronic illness inventory. *Journal of advanced nursing*, pp. 2434-2445.

Ventura-Silva, J., Ribeiro, O., Santos, M., Faria, A., Monteiro, M., & Vandresen, L. (2020). Planejamento organizacional no contexto de pandemia por COVID-19: implicações para a gestão em enfermagem. *Journal Health NPEPS*.

World Health Organisation [WHO]. (2021d). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva.

World Health Organization [WHO]. (2014). Global Status Report on noncommunicable diseases. Geneva.

World Health Organization [WHO]. (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva.

World Health Organization [WHO]. (2018). Noncommunicable diseases - country profiles 2018. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (março de 2021a). Cardiovascular Diseases/WHO. Obtido de WHO: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

World Health Organization [WHO]. (abril de 2021b). Noncommunicable diseases/WHO. Obtido de WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organization [WHO]. (2021c). WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Geneva.

World Health Organization [WHO]. (2021e). Evidence, policy, impact - WHO guide for evidence-informed decision-making. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2022). Global report on infection prevention and control. Geneva.

Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2019). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nurs Health Sci*, pp. 1-8.

Yuen, E. Y., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & social care in the community*, e191–e206.

Zhou, Y., Huo, Q., Du, S., Shi, X., Shi, Q., Cui, S., . . . Wang, Y. (2022). Social Support and Self-Efficacy as Mediating Factors Affecting the Association Between Depression and Medication Adherence in Older Patients with Coronary Heart Disease: A Multiple Mediator Model with a Cross-Sectional Study. *Patient preference and adherence*, 285–295.

ANEXOS

ANEXO I - *Caregiver Contribution to Self Care of Coronary Heart Disease Inventory*

**CAREGIVER CONTRIBUTIONS TO SELF-CARE OF CORONARY
HEART DISEASE INVENTORY
(CC-SC-CHDI v3a)**

All answers are confidential.

Think about the person with who you care for who has coronary heart disease. Please answer these questions so that we know what you do him/her. There are no right or wrong answers.

SECTION A:

How often do you recommend these things to the person you care for?
(Or, how often do you do these activities because the person you care for is not able to do them).

	Never or rarely		Sometimes		Always or daily
1. Keep appointments with the healthcare provider?	1	2	3	4	5
2. Take aspirin or other blood thinner?	1	2	3	4	5
3. Do something to relieve stress (e.g. medication, yoga, music)?	1	2	3	4	5
4. Do physical activity (e.g. take a brisk walk, use the stairs)?	1	2	3	4	5
5. Take prescribed medicines without missing a dose?	1	2	3	4	5
6. Ask for low fat items when eating out or visiting others?	1	2	3	4	5
7. Try to avoid getting sick (e.g. flu shot, wash your hands)?	1	2	3	4	5
8. Eat fruits and vegetables?	1	2	3	4	5
9. Avoid cigarettes and/or smokers?	1	2	3	4	5

Section B:

Listed below are common things that people with coronary heart disease monitor. How often do you recommend these things? Or, do these things because the person you care for is not able to do them?

	Never or rarely		Sometimes		Always or daily
10. Monitor their condition?	1	2	3	4	5
11. Pay attention to changes in how they feel?	1	2	3	4	5
12. Check the blood pressure?	1	2	3	4	5
13. Monitor whether they tire more than usual doing normal activities?	1	2	3	4	5
14. Monitor for medication side-effects?	1	2	3	4	5
15. Monitor for symptoms?	1	2	3	4	5
16. Monitor body weight?	1	2	3	4	5

SYMPTOM RECOGNITION:

Many people with heart disease have symptoms of *chest pain, chest pressure, burning, heaviness, shortness of breath, and fatigue*. The last time the person you care for had a symptom ...

	Has not had symptoms	I did not recognize the symptom	Not Quickly		Somewhat Quickly		Very Quickly
17. ... how quickly did you <u>recognize</u> it as a heart symptom?	N/A	0	1	2	3	4	5
18. How quickly did you <u>know</u> that the symptom was due to heart disease?	N/A	0	1	2	3	4	5

SECTION C:

Listed below are behaviors that people with heart disease use to control their symptoms. When the person you care for has symptoms, how likely are you to recommend that they use one of these? Or, do these because the person you care for is not able to do them?

(circle one number for each behavior)

	Not Likely	Somewhat Likely			Very Likely
19. Change the activity level (slow down, rest)	1	2	3	4	5
20. Take an aspirin	1	2	3	4	5
21. Take a medicine to make the symptom decrease or go away	1	2	3	4	5
22. Call the healthcare provider for guidance	1	2	3	4	5
23. Tell the healthcare provider about the symptom at the next office visit	1	2	3	4	5

Think of what you did the last time the person you care for had a symptom of heart disease.

(circle one number)

	I did not do anything	Not Sure	Somewhat Sure			Very Sure
24. Did the treatment you used make them feel better?	0	1	2	3	4	5

© Copyright held by Dr. Barbara Riegel

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética para estudos de investigação do IPB



COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
(CEIPBeja)

PARECER N.º 17/2021

Sobre o estudo: O Cuidador no Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária

A- RELATÓRIO

A.1. O Júri da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja (CE IPBeja) constituído para o efeito iniciou o Processo de Parecer nº17/2021, com base no pedido formulado pela requisitante, mestranda Ana Rita Feio Aranha, relativo ao estudo estudo “ O Cuidador no Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária”, no âmbito Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Médico- cirúrgica – Pessoa em situação crítica, em Associação da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora e das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Setúbal, Castelo Branco e Portalegre, a decorrer no Instituto Politécnico de Beja.

O pedido de parecer remetido à Comissão de Ética do IPBeja, apresenta-se com uma justificação pertinente, atual, circunscrito a um campo de investigação que o proponente domina e que tem um propósito meritório, com consequências benéficas para o âmbito da investigação e para a população estudada. O estudo decorre na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardioráquia (UCI CCT) do Hospital de Santa Cruz [HSC] - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental [CHLO] também incluindo doentes do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE).

A sua descrição, envolvendo o estudo de parâmetros do foro da saúde, não fere nenhum princípio ético e social. O estudo pretende [REDACTED] e social. O estudo pretende [REDACTED] m doença coronária através da aplicação da *Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária.*”

Nesse sentido, o impacto do estudo revela tanto a melhoria do conhecimento como o benefício da comunidade.

A metodologia está definida como sendo do tipo descritivo e documental, realizada através de questionários de levantamento de dados, com a indicação dos instrumentos de recolha de dados e bem como dos métodos de tratamento da informação, com a referência às escalas utilizadas. Descreve ainda o procedimento que assegura a confidencialidade do estudo, a utilização do modelo de consentimento informado e o trabalho de recolha de dados está garantida pelo seu tratamento confidencial, bem como respeita o direito de voluntariedade e está garantido o dever de confidencialidade do investigador. Encontram-se definidos os critérios de inclusão e exclusão dos inquiridos, de modo a garantir a sua livre adesão e a sua idoneidade.

Está também indicado o período temporal em que decorre a investigação.

A.2. Fazem parte do processo os seguintes documentos, quer em texto anexo no mail que enviou, quer pelo próprio texto que faz parte do pedido: Texto genérico com a identificação do Investigador, do enquadramento da temática, dos objectivos, dos procedimentos, dos critérios de seleção dos inquiridos, da metodologia de análise dos dados, o modelo de consentimento informado e a declaração de confidencialidade dos dados por parte do investigador responsável, e a Declaração da Orientadora, um Termo de Responsabilidade, bem como um exemplar dos questionários a aplicar. O Encarregado de Protecção de Dados pronunciou-se favoravelmente sobre o pedido, apontando algumas necessidades de rever alguns pontos que, depois de ter o conhecimento oficial desse documento, a requisitante acrescentou a informação pedida.

B- IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. O Questionário e a forma como são abordados os sujeitos do estudo cumprem as necessárias condições no campo da confidencialidade e anonimato dos dados.

B.2. O modelo de consentimento informado para a participação no estudo contempla os requisitos necessários.

B.3. A declaração da Investigadora Principal assegura a completa salvaguarda do cumprimento dos preceitos éticos a assumir na investigação.

C- CONCLUSÕES

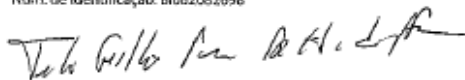
1. Entende esta Comissão que deve dar parecer favorável ao solicitado.

Os relatores: José Pedro Fernandes, Dulce Santiago e Telo Faria.

JOSÉ
PEDRO
RIBEIRO DE
MATOS
FERNANDES

Assinado de forma
digital por JOSÉ
PEDRO RIBEIRO DE
MATOS
FERNANDES
Dados: 2021.05.20
15:43:10 +01'00'

Assinado por : MARIA DULCE DOS SANTOS
SANTIAGO
Num. de Identificação: B1062082698



Beja, 17 de maio de 2021.

ANEXO III - Parecer da Comissão de Ética do hospital onde exerce funções

[Redacted] E. Ao CA
[Redacted]
Enfermeiro
14/7/2021

COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital [Redacted]

Título do Projeto: O Cuidador no Autocuidado na Pessoa com Doença Coronária.

Nome: Ana Aranha

Instituição: Instituto Politécnico de Beja

Investigador Responsável/Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Marques

Enquadramento Académico: Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão Sim
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes Sim

Autorizamos
ATA N.º 29 em 16/07/2021
O Conselho de Administração
[Redacted]
Enfermeiro Diretora Directora Clínica

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável X

Condicional

NOTAS: ---

Data: 24/06/2021

[Redacted] *[Handwritten signature]*

ANEXO IV - Parecer da Comissão de Ética do CH



CES Comissão de Ética para a Saúde
N.º Registo no RNEC: 20170700050

PARECER

Código de Aprovação 2139

Projeto de Investigação de Mestrado,

Título: **“O Cuidador no Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária”**

Investigadora Principal: **Enfermeira Ana Rita Feio Aranha** (Enfermeira estagiária na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica » Serviço de Cirurgia Cardiorácica do [REDACTED] | Aluna no Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Beja)

Serviço no [REDACTED] onde decorrerá o estudo: **Serviço de Cirurgia Cardiorácica do [REDACTED] – Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica, do [REDACTED]**

Após reunião de 12 de abril de 2021 e estando atualmente o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do [REDACTED] presentes em reunião de 12 de abril de 2021:

Presidente: [REDACTED]

[REDACTED]

Pelo exposto, emitiu-se a 17 de maio de 2021, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

[REDACTED]

APÊNDICES

APÊNDICE I - Escala de Contributo do Cuidador para o Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária

**ESCALA DE CONTRIBUTO DO CUIDADOR PARA O AUTOCUIDADO
DA PESSOA COM DOENÇA CORONÁRIA
(ECC-AC-PDC v3a)**

Todas as respostas são confidenciais.

Pense na pessoa com doença coronária a quem presta cuidados.
Por favor, responda a estas questões para que saibamos o que faz pela pessoa de quem cuida. Não existem respostas certas ou erradas.

SECÇÃO A:

Com que frequência recomenda estas atividades à pessoa de quem cuida? (Ou, com que frequência realiza estas atividades pela pessoa de quem cuida, por esta ser incapaz de o fazer?)

	Nunca ou raramente		Às vezes		Sempre ou diariamente
1. Mantém consultas com o seu médico ou enfermeiro?	1	2	3	4	5
2. Toma aspirina ou outro antiagregante/anticoagulante?	1	2	3	4	5
3. Realiza alguma atividade para aliviar o stress (ex. Medicação, yoga, música)?	1	2	3	4	5
4. Realiza atividade física (ex. dar uma pequena caminhada, utilizar as escadas)?	1	2	3	4	5
5. Toma a medicação prescrita sem falhar nenhuma dose?	1	2	3	4	5
6. Pede alimentos com baixo teor de gordura quando faz refeições fora de casa ou visita alguém?	1	2	3	4	5
7. Tenta evitar ficar doente (ex. vacina da gripe, lavagem das mãos?)	1	2	3	4	5
8. Come fruta e vegetais?	1	2	3	4	5
9. Evita fumar e locais com fumo?	1	2	3	4	5

SECÇÃO B:

Em baixo estão listados aspetos comuns que são monitorizados por pessoas com doença coronária. Com que frequência recomenda a monitorização destes aspetos? Ou, realiza esta monitorização pela pessoa de quem cuida, por esta ser incapaz de o fazer?

	Nunca ou raramente		Às vezes		Sempre ou diariamente
10. Monitoriza o seu estado?	1	2	3	4	5
11. Presta atenção a alterações na forma como se sente?	1	2	3	4	5
12. Avalia a tensão arterial?	1	2	3	4	5
13. Avalia se sente cansaço superior ao habitual durante a realização de atividades normais?	1	2	3	4	5
14. Monitoriza a existência de efeitos secundários à medicação?	1	2	3	4	5
15. Monitoriza sintomas?	1	2	3	4	5
16. Monitoriza o peso corporal?	1	2	3	4	5

RECONHECIMENTO DE SINTOMAS:

Muitas pessoas com doença cardíaca apresentam sintomas como *dor no peito*, *pressão no peito*, *ardor*, *peso no peito*, *dificuldade em respirar* e *fadiga*. A última vez que a pessoa de quem cuida apresentou um sintoma...

	Não teve sintomas	Não reconheci o sintoma	De forma lenta		De forma normal		De forma muito rápida
17... com que rapidez o reconheceu como sendo um sintoma cardíaco?	N/A	0	1	2	3	4	5
18. Com que rapidez soube que o sintoma se devia à doença cardíaca?	N/A	0	1	2	3	4	5

SECÇÃO C:

Os comportamentos da lista seguinte são utilizados por pessoas com doença cardíaca para controlar os seus sintomas. Quando a pessoa de quem cuida apresenta sintomas, qual a probabilidade de recomendar um destes comportamentos? Ou, de os realizar porque a pessoa é incapaz de o fazer?

(assinale com um círculo **um** número para cada procedimento)

	Nada Provável		Provável		Muito Provável
19. Altera o nível de atividade (acalma, descansa)	1	2	3	4	5
20. Toma uma Aspirina	1	2	3	4	5
21. Toma medicação para reduzir ou aliviar o sintoma	1	2	3	4	5
22. Contacta o médico ou enfermeiro para aconselhamento	1	2	3	4	5
23. Informa o médico ou enfermeiro sobre o sintoma, na próxima consulta	1	2	3	4	5

Pense no que fez na última vez que a pessoa de quem cuida teve um sintoma de doença cardíaca.

(assinale com um círculo **um** dos números)

	Não realizei nenhum procedimento	Não tenho a certeza		Tenho alguma certeza		Com Certeza absoluta
24. O comportamento adotado fez com que a pessoa se sentisse melhor?	0	1	2	3	4	5

© Copyright held by Dr. Barbara Riegel

APÊNDICE II – Artigo de revisão sistemática

The Caregiver's Contribution in Managing the Disease of the Coronary Patient: a systematic review of literature

Ana Aranha¹ and Maria Marques² [0000-0003-2658-3550]

¹ Hospital do Espírito Santo Évora-EPE, Évora, Portugal
ana.feio.aranha@gmail.com

² University of Évora, CHRC member, Évora, Portugal
mcmarques@uevora.pt

Abstract. Coronary heart disease is the chronic disease that kills the most in Europe and Portugal, so the importance of individual and family responsibility and involvement in managing the disease process is undeniable. Objectives: To understand how the caregiver contributes to the management of coronary disease, identifying areas of intervention, behaviours and characteristics of the relationship. Methods: Systematic review through a PubMed search of studies published between January 2016 and May 2021, with 99 articles identified and 8 of these selected for discussion. Results: The studies describe the interaction that exists between the coronary patient and their caregiver and how this relationship influences the management of the disease. Conclusions: The caregiver promotes the patient's self-care, as well as adherence to health-promoting behaviours and a healthy lifestyle. The relationship of the dyad is characterized by proximity, support and sharing of responsibilities, highlighting the importance of including the caregiver in health education interventions, as a fundamental element in the process of transition and maintenance of chronic disease.

Keywords: Coronary disease · Self-care · Nursing · Family