

A pessoa com Síndrome Coronário Agudo: descrição dos fatores de risco numa amostra atendida num Serviço de Urgência de Portugal

Alexandrina Maria Ribeiro Trigo da Silva

Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-cirúrgica

Orientador – Professor Doutor Carlos Magalhães

Categoria – Professor Adjunto

Afiliação – Escola Superior do Instituto Politécnico de Bragança

Bragança, julho de 2023



Da Silva, Alexandrina Maria Ribeiro Trigo.

Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde.

Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2023.

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento aos meus pais, que sempre me apoiaram em todas as fases da minha vida pessoal e acadêmica.

Agradeço às minhas filhas por serem a minha fonte de inspiração e motivação para alcançar os meus objetivos acadêmicos.

Não posso deixar de mencionar o meu orientador, que me guiou com sabedoria e paciência durante todo o processo de elaboração desta tese.

A todos um muito OBRIGADA!

RESUMO

Enquadramento: O Síndrome Coronário Agudo (SCA) é uma das principais causas de morte no mundo, no qual se inclui Portugal, sendo por isso uma área de intervenção prioritária.

Objetivo: Descrever os fatores de risco das pessoas com SCA, atendidas num serviço de urgência (SU) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, inserido numa abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 40 doentes admitidos num serviço de urgência de uma ULS do Norte de Portugal, com SCA no período compreendido entre 1 de janeiro de 2021 e 31 de dezembro de 2021. Para recolher os dados foi utilizada uma grelha na qual foram reunidas todas as informações referentes às características sociodemográficas dos doentes, os fatores de risco cardiovascular, os antecedentes pessoais específicos, os tipos de SCA, o fluxograma do PTM selecionado e cor atribuída na triagem. O referido instrumento foi elaborado atendendo à pesquisa bibliográfica efetuada e foi analisado e validado por um enfermeiro especialista em médico-cirúrgica e por um médico de cirurgia geral. O estudo obteve o consentimento por parte de uma Comissão de Ética e do Conselho de Administração da ULS.

Resultados: A média de idade para a ocorrência de SCA foi de 74,40 anos, sendo que foi mais prevalente no sexo masculino. Ao nível dos fatores de risco o mais prevalente foi a hipertensão e o menos prevalente, o tabagismo. Quanto aos antecedentes pessoais específicos verificou-se que o mais prevalente foi a insuficiência cardíaca e o menos prevalente foi o acidente vascular cerebral. No que concerne aos biomarcadores cardíacos a maioria apresentava T positivo. Quanto aos tipos de SCA verificou-se que no enfarte do miocárdio o mais prevalente foi sem elevação ST. Relativamente ao fluxograma, 72,5% apresentavam enfarte do miocárdio sem elevação ST. Quanto à cor atribuída na triagem, a maioria obteve cor laranja. Relativamente ao enfarte do miocárdio, o mesmo é mais frequente em pessoas com idades compreendidas entre os 84-94 anos. No que concerne aos tipos de SCA em função do sexo, constatou-se que, relativamente ao enfarte do miocárdio, este é mais frequente no sexo masculino. Já relativamente à angina instável, esta ocorreu somente no sexo masculino. Ao nível da

distribuição dos fatores de risco em função da idade, constatou-se que no caso da hipertensão é mais prevalente nas pessoas mais idosas (≥ 74 anos). Quanto ao sedentarismo, também foi mais frequente nas pessoas mais idosas. Relativamente às dislipidemias foi mais prevalente entre os 84-94 anos e 74-84 anos. Quanto à diabetes, esta foi mais evidente entre os 74-84 anos e os 84-94 anos. Por último e relativamente à obesidade, está mais presente entre os 54-64 anos e os 84-94 anos. Da distribuição dos fatores de risco em função do sexo, verificou-se que a hipertensão, o sedentarismo, a dislipidemias e a obesidade são mais frequentes no sexo masculino. Da análise da distribuição dos antecedentes pessoais em função da idade, verificou-se, relativamente à insuficiência venosa e/ou arterial, estava prevalente nos intervalos de idade entre os 74-84 anos e os 84-94 anos. Quanto à insuficiência cardíaca foi mais prevalente nas idades entre os 84-94 anos e os 74-84 anos. No caso da doença renal crónica esteve presente entre os 74-84 anos e os 84-94 anos. Por último, e relativamente à doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) foi mais prevalente em pessoas com idade igual ou superior a 64 anos. Quanto aos antecedentes pessoais, os mais frequentes no sexo masculino foram a insuficiência cardíaca e a doença renal crónica. Quanto ao sexo feminino verificou-se maior prevalência dos antecedentes pessoais como insuficiência venosa e/ou arterial, AVC e DPOC.

Conclusão: A avaliação de utentes, que se apresentam nos SU com suspeitas de SCA, utilizando o STM, pode ser realizada a partir de diferentes fluxogramas, uma vez que os utentes nem sempre apresentam sintomas típicos e queixas frequentes como queixa principal, permitindo distinguir condições urgentes de outras não-urgentes, possibilitando ao avaliador o estabelecimento dos níveis de prioridade mais elevados no tratamento de utentes em situações de urgência. O enfermeiro especialista na prevenção de complicações, deve prever e detetar de forma precoce após a admissão hospitalar as complicações do doente com SCA, devendo as intervenções preventivas, caso existam, ser continuadas. É fundamental, após a estabilização da situação aguda, o ensino do doente e da família acerca da influência dos fatores de risco cardiovascular e a importância da adoção de um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: Síndrome Coronário Agudo; Fatores de Risco; Papel do Enfermeiro.

ABSTRACT

Background: Acute Coronary Syndrome (ACS) is one of the main causes of death in the world, which includes Portugal, and is therefore a priority area of intervention.

Aim: Describe the factors of people with ACS admitted to the emergency department of a Local Health Unit (ULS) in the north of Portugal.

Methods: This is a descriptive study, inserted in a quantitative approach. The sample consisted of 40 patients admitted to an emergency department of a ULS in the north of Portugal, with Acute Coronary Syndrome in the period between January 1, 2021 and December 31, 2021. A grid was used to collect the data, in which all the information regarding the sociodemographic characteristics of the patients, cardiovascular risk factors, specific personal history, types of ACS, the flowchart of the selected PTM and the color assigned in the screening were gathered. This instrument was elaborated according to the bibliographical research carried out and was analyzed and validated by a specialist nurse in medical-surgical surgery and by a general surgery doctor. The study obtained consent from an Ethics Committee and the ULS Board of Directors.

Results: The average age for the occurrence of ACS was 74.40 years, and it was more prevalent in males. In terms of risk factors, the most prevalent was hypertension and the least prevalent was smoking. As for specific personal antecedents, it was found that the most prevalent was heart failure and the least prevalent was stroke. With regard to cardiac biomarkers, the majority had positive T. As for the types of ACS, it was found that in myocardial infarction the most prevalent was without ST elevation. Regarding the flowchart, 72.5% had non-ST elevation myocardial infarction. As for the color assigned in the screening, the majority obtained an orange color. With regard to myocardial infarction, it is more frequent in people aged between 84-94 years. With regard to the types of ACS according to sex, it was found that, with regard to myocardial infarction, this is more frequent in males. Regarding unstable angina, this occurred only in males. In terms of the distribution of risk factors according to age, it was found that, in the case of hypertension, it is more prevalent in older people (≥ 74 years). As for sedentary lifestyle, it was also more frequent in older people. With regard to dyslipidemia, it was more prevalent among 84-94 year olds and 74-84 year olds. As for diabetes, this was more evident among the 74-84 and 84-94 years old. Finally, and

with regard to obesity, it is more prevalent between 54-64 years old and 84-94 years old. From the distribution of risk factors according to sex, it was found that hypertension, sedentary lifestyle, dyslipidemia and obesity are more frequent in males. From the analysis of the distribution of personal antecedents according to age, it was verified, in relation to venous and/or arterial insufficiency, it was prevalent in the age ranges between 74-84 years and 84-94 years. As for heart failure, it was more prevalent in the ages between 84-94 years and 74-84 years. In the case of chronic kidney disease, it was present between 74-84 years and 84-94 years. Finally, and regarding chronic obstructive pulmonary disease, it was more prevalent in people aged 64 years and over. As for personal history, the most frequent in males were heart failure and chronic kidney disease. As for females, there was a higher prevalence of personal history such as venous and/or arterial insufficiency, stroke and COPD.

Conclusion: The assessment of users, who present to the ER with suspected ACS, using the MTS, can be carried out from different flowcharts, since users do not always present typical symptoms and frequent complaints as the main complaint, allowing to distinguish urgent conditions from other non-urgent ones, allowing the evaluator to establish the highest priority levels in the treatment of users in urgent situations. Nurses specializing in the prevention of complications must anticipate and detect complications in patients with ACS early after hospital admission, and preventive interventions, if any, must be continued. It is fundamental, after the stabilization of the acute situation, to teach the patient and family about the influence of cardiovascular risk factors and the importance of adopting a healthy lifestyle.

Keywords: Acute Coronary Syndrome; Risk factors; Nurse's role.

SIGLAS

ACTP- Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea

AHA – “American Heart Association”

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

ECG – Ecocardiograma

GPT – Grupo Português de Triagem

HDL - “High-density lipoprotein”

ICP - Intervenção Coronária Percutânea

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LDL – “Low-density lipoprotein”

OMS – Organização Mundial de saúde

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SPSS – “Statistical Package for the Social Sciences”

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviços de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

SUMC – Serviços de Urgência Médico-cirúrgica

SUP – Serviços de Urgência Polivalente

UHB - Unidade Hospitalar de Bragança

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSNE- Unidade Local de Saúde do Nordeste

VVC – Via Verde Coronária

Índice

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1 Síndrome Coronário Agudo	15
1.1.1 Manifestações clínicas.....	16
1.1.2 Fatores de risco.....	17
1.1.3 Diagnóstico clínico.....	18
1.1.4 Tratamento.....	19
1.2 Triagem de Manchester	22
1.2.1 Triagem de Manchester na identificação do SCA.....	24
1.3 Intervenções de Enfermagem	26
CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO	30
2 METODOLOGIA	30
2.1 Tipo de estudo e objetivos.....	30
2.2 População e Amostra.....	31
2.3 Instrumento de recolha de dados	31
2.4 Procedimentos de recolha de dados.....	31
2.5 Variáveis de estudo e sua operacionalização.....	32
2.5.1 Variáveis dependentes	32
2.5.2 Variáveis independentes	32
2.6 Considerações éticas.....	33
2.7 Procedimentos de análise de dados	34
3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	35
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
CONCLUSÕES DO ESTUDO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

ANEXOS E APÊNDICES	58
APÊNDICE I – Relatório Final de Estágio Profissional	59
ANEXO I: Grelha de colheita de dados	94
ANEXO II: Pedido de Autorização para Realização da Investigação.....	96
ANEXO III: Compromisso de Honra.....	98
ANEXO IV: Autorização do Estudo	100
ANEXO V: Declaração do Orientador.....	102
ANEXO VI: Comprovativo da Submissão.....	104

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estratificação do risco de Síndrome Coronário Agudo	17
Tabela 2: Classificação de risco isquémico	20
Tabela 3: Escala nacional de triagem	23
Tabela 4: Categorização das variáveis independentes.....	33
Tabela 5: Distribuição dos participantes por características sociodemográficas	35
Tabela 6: Distribuição da amostra segundo os fatores de risco cardiovascular	36
Tabela 7: Distribuição da amostra segundo os antecedentes pessoais específicos.....	37
Tabela 8: Distribuição da amostra segundo os Biomarcadores Cardíacos	37
Tabela 9: Distribuição da amostra segundo os tipos de SCA.....	38
Tabela 10: Distribuição da amostra segundo o Fluxograma	38
Tabela 11: Distribuição da amostra segundo a cor atribuída na triagem.....	39
Tabela 12: Distribuição da amostra em função das faixas etárias.....	39
Tabela 13: Distribuição da amostra em função do sexo	40
Tabela 14: Distribuição dos fatores de risco em função das faixas etárias	41
Tabela 15: Distribuição dos fatores de risco em função do sexo	41
Tabela 16: Distribuição dos antecedentes pessoais em função das faixas etárias	42
Tabela 17: Distribuição dos antecedentes pessoais em função do sexo	42

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular, na qual se inclui a doença coronária, é a principal causa de morte em todo o mundo (Bahall et al., 2018).

O síndrome coronário agudo (SCA) refere-se a uma variedade de apresentações clínicas quase sempre associadas à rutura de uma placa aterosclerótica numa artéria coronária com subsequente trombose parcial ou completa. A síndrome inclui angina instável, enfarte do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST e enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST. Apesar de uma fisiopatologia semelhante da angina instável e do enfarte do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, a diferença é baseada na gravidade dos sintomas e na presença de certos biomarcadores. A dor torácica é mais intensa no enfarte do miocárdio (Mirzá et al. 2018).

A presença de fatores de risco cardiovascular aumenta de forma substancial o risco de doença coronária (Meira et al., 2021). Bahall (2018) identificou os seguintes fatores de risco: diabetes *mellitus*, hipertensão, hipercolesterolemia, tabagismo, consumo de álcool, obesidade e sedentarismo. Para Mirza et al. (2018) os fatores de risco para a SCA incluem hipercolesterolemia, hipertensão, diabetes *mellitus*, tabagismo e obesidade. Acrescentam que pacientes obesos manifestam SCA em idade mais jovem. Ralapanawa et al. (2019) referem que a idade avançada, sexo masculino e história familiar de cardiopatia isquémica foram identificados como fatores de risco não modificáveis. O tabagismo, hipertensão, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade e sedentarismo foram identificados como fatores de risco modificáveis. No entanto, os dados são limitados na associação de história familiar de doenças crónicas não transmissíveis e SCA.

De ressaltar que o diagnóstico preciso e a estratificação de risco precoce são essenciais para orientar o tratamento e prever o prognóstico de pacientes com SCA (Mirza et al., 2018).

Face ao exposto, e no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, decidiu-se elaborar um estudo no âmbito da pessoa com SCA, tendo por base uma amostra atendida num Serviço de Urgência. Nesse sentido, optou-se pela realização de um estudo descritivo, inserido numa abordagem quantitativa,

visando dar resposta ao seguinte objetivo geral: Descrever os fatores de risco das pessoas com SCA, atendidas num serviço de urgência (SU) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal. Este projeto de investigação encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte reporta-se ao enquadramento teórico, planificado em três subcapítulos: SCA, Triagem de Manchester e Intervenções de Enfermagem. A segunda parte faz referência ao estudo empírico, onde se aborda a metodologia, que orientou no desenvolvimento deste estudo. Segue-se a apresentação dos resultados obtidos e a respetiva discussão. Finaliza-se apresentando as conclusões do estudo, onde estão mencionadas as considerações relativas aos resultados obtidos, às limitações do estudo e indicações de possíveis linhas de investigação a serem estudadas, dentro desta temática.

A Unidade Curricular de Estágio com relatório é constituída por duas componentes, a componente clínica e a componente investigacional. Relativamente à componente clínica, esta foi desenvolvida nos serviços: de Medicina Intensiva; de Urgência Médico-Cirúrgica; de Hemodiálise. No Apêndice I deste Relatório Final, apresenta-se o Relatório do Desenvolvimento de competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica, realizado no final da referida componente clínica. Aquando da realização da prática clínica, incrementou-se a consciência da problemática que deu origem ao presente estudo.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Síndrome Coronário Agudo

O Síndrome Coronário Agudo é uma manifestação aguda das doenças cardíacas isquémicas que se caracteriza essencialmente pela presença de dor torácica, também de características isquémicas, com menos de 20 minutos de duração e que pode expressar-se clinicamente sob a forma de angina instável, enfarte do miocárdio, com ou sem elevação da onda T, ou morte súbita (Blanco & Guillén, 2018).

Ocorre quando a rutura ou erosão de uma placa aterosclerótica na artéria coronária estimula a agregação de plaquetas e a formação de trombos, os quais vão impedir parcial ou completamente a perfusão sanguínea para o músculo cardíaco (Hansson, 2005). Ao nível do traçado eletrocardiográfico, é possível fazer a distinção entre isquemia miocárdial, lesão e enfarte. Na primeira, ocorre depressão do segmento ST, que geralmente se resolve quando a isquemia ou dor desaparece, ao mesmo tempo que ocorre uma inversão persistente das ondas T. Por outro lado, a elevação do segmento ST em duas leituras eletrocardiográficas contíguas é indicativa de um enfarte do miocárdio, podendo também ser acompanhada por inversão das ondas T. Similarmente o aparecimento no eletrocardiograma (ECG) de ondas Q irregulares é indicativo de alterações na condutividade elétrica das células miocárdiais, aquando de um enfarte do miocárdio (Dressler, 2008).

Assim, tendo por base o ECG, como referem Herrera et al., (2018), o SCA pode ser classificado em dois tipos:

- Síndrome coronário agudo sem supra desnivelamento do segmento ST (SCASSST): pode-se manifestar como depressão persistente ou transitória do segmento ST, inversão da onda T, ondas T aplanadas ou pseudonormalização das ondas T ou mesmo eletrocardiograma (ECG) normal. A elevação dos marcadores de lesão miocárdica determinará o diagnóstico de enfarte do miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST (SCASSST) ou angina instável sem supra desnivelamento do segmento ST enzimático.
- Síndrome coronário agudo com elevação do segmento ST (SCACSST): apresenta-se com elevação persistente do segmento ST (>20 min), geralmente refletindo oclusão coronariana aguda total. Também pessoa em situação crítica

com dor torácica e bloqueio completo do ramo esquerdo (BRE) de início recente são incluídos neste grupo.

1.1.1 Manifestações clínicas

Os doentes com doença coronária podem apresentar-se assintomáticos, no entanto, a manifestação mais comum é dor ou desconforto torácico retrosternal, podendo ser intermitente ou persistente (Meira et al., 2021).

As pessoas que sofrem um evento cardíaco podem descrever a situação como algo similar a uma angina, desconforto torácico quando o músculo cardíaco não recebe oxigénio suficiente ou usar palavras como sensação de queimadura, peso no peito, aperto, opressão, sufocação, dor ou pressão (Aehlert, 2007). A sua instalação é repentina e a sua intensidade crescente, atingindo o seu máximo entre os 2-5 minutos após o seu início. Ocasionalmente, esta dor pode ser intermitente e a sua intensidade diminui ou desaparece com a administração de fármacos (Blanco & Guillén, 2018).

A apresentação clínica típica da SCA é aperto no peito com irradiação para o braço esquerdo, pescoço ou mandíbula, que pode ser intermitente (geralmente vários minutos) ou persistente (no caso de SCACSST). Geralmente esta dor é acompanhada por outros sintomas, como diaforese, náuseas, dor abdominal, dispneia e síncope (Herrera et al., 2018).

Em até 30% dos casos a apresentação é atípica, como dor epigástrica, indigestão, dor torácica em pontada, dor torácica com características pleuríticas ou dispneia crescente. Os sintomas atípicos são mais frequentes em idosos (> 75 anos), mulheres e pacientes com diabetes *mellitus* (DM), insuficiência renal crónica ou comprometimento cognitivo. Os fatores que estão associados a uma maior probabilidade de a dor torácica ser uma SCA são: idade avançada, sexo masculino, história familiar de cardiopatia isquémica, doença arterial, doença periférica ou cerebrovascular, DM, insuficiência renal e história de doença coronária anterior (Herrera et al., 2018).

As manifestações atípicas, são frequentemente observadas em doentes mais jovens, entre os 25-40 anos, e mais idosos, com idade superior a 75 anos, em mulheres e em doentes com DM, insuficiência renal ou demência (Sheehy, 2011). Outras manifestações incluem alterações do estado de consciência, cianose, calafrios, pele húmida, hipotensão, taquicardia e diminuição do débito urinário (Overbaugh, 2009).

No entanto, pode ser difícil obter uma história clínica clara, designadamente se o doente estiver angustiado ou assustado.

A agregação destes aspetos na avaliação do doente possibilita estratificar o risco de ser um SCA como elevado, intermédio ou baixo conforme tabela 1 (Macedo & Rosa, 2010).

Tabela 1

Estratificação do risco de Síndrome Coronário Agudo

Risco elevado	Risco intermédio	Risco baixo
<ul style="list-style-type: none"> - Dor ou desconforto torácico ou no braço esquerdo como queixa principal; - História pregressa de doença coronária; - Regurgitação mitral de novo, hipotensão, diaforese ou edema pulmonar; - Desvio de segmento ST de novo (>0,05mV) ou inversão da onda T (>0,02 mV) com sintomas; - Elevação da troponina I ou CK-MB. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência das características de risco elevado e um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> o Dor ou desconforto torácico ou no braço esquerdo como queixa principal; o Idade>50 anos; o Sexo masculino; o Diabetes <i>Mellitus</i>; o Doença vascular periférica; o Ondas Q fixas; o Segmento ST ou ondas T anormais; o BNM normais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência das características de risco elevado e intermédio mas com sintomas isquémicos prováveis; - Uso recente de cocaína; - Dor torácica reproduzível com palpação; - Achatamento da onda T ou inversão das ondas T em derivações com ondas R dominantes; - ECG normal; - BNM normais.

Fonte: Macedo e Rosa (2010)

1.1.2 Fatores de risco

A presença de fatores de risco cardiovascular aumenta consideravelmente o risco de doença coronária (Meira et al., 2021), tendo sido reconhecidos ao longo dos anos (Overbaugh, 2009; Wright, et al., 2011). Os fatores de risco cardiovascular podem dividir-se em fatores de risco não modificáveis ou modificáveis ou controláveis (Meira et al., 2021). Os fatores de risco não modificáveis incluem a idade (Overbaugh, 2009; Rodrigues & Seidl, 2008), o sexo (Overbaugh, 2009; Rodrigues & Seidl, 2008), a hereditariedade (Rodrigues & Seidl, 2008) e a raça (Overbaugh, 2009). Já os fatores de risco modificáveis, incluem a diabetes *mellitus*, hipertensão, dislipidemia, obesidade, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo e sedentarismo (Overbaugh, 2009). Notavelmente, esses fatores de risco do estilo de vida (hábitos alimentares, atividade física e adiposidade) influenciam fortemente não apenas a pressão arterial, os níveis de colesterol, incluindo colesterol *low-density lipoprotein cholesterol* (LDL), colesterol

high-density lipoprotein cholesterol (HDL) e triglicerídeos e homeostase glicose-insulina, mas também novos fatores de risco, como função endotelial, *stress* oxidativo, inflamação (por exemplo, proteína C-reativa), trombose/coagulação, arritmia e outras vias intermediárias (por exemplo, *stress* psicossocial). Devido aos efeitos pleiotrópicos do estilo de vida, o tratamento farmacológico da pressão arterial, lipídios no sangue e níveis de glicose, apenas trata de forma incompleta as consequências adversas de hábitos de vida pouco saudáveis. Assim, os pacientes com hipertensão tratada com medicamentos, colesterol alto ou diabetes *mellitus* ainda apresentam maior risco de eventos cardiovasculares do que indivíduos que não têm essas condições. Além disso, hábitos de vida pouco saudáveis continuam a aumentar o risco cardiovascular, mesmo entre indivíduos que recebem tratamento medicamentoso para a hipertensão arterial e dislipidemia. A atual epidemia de obesidade é preocupante e informativa: como a adiposidade é causada em grande parte por dieta pobre (excesso de calorias) e atividade inadequada, ênfase em fatores de risco mais a jusante, como hipertensão, dislipidemia e diabetes *mellitus*, não aborda nem as causas básicas da adiposidade nem as suas consequências cardiovasculares completas (Mozaffarian et al., 2008).

A SCA, entre os fatores de risco não modificáveis, apresenta expressiva morbimortalidade na população idosa e masculina. De acordo com o estudo de Galon et al. (2010), 20,1% dos pacientes coronários têm idade acima dos 75 anos e são homens. No entanto, a SCA também ocorre em mulheres, essencialmente após a menopausa, quando as alterações anatômicas e funcionais do envelhecimento se juntam aos mecanismos fisiopatológicos das doenças cardiovasculares (Zanchet & Marin, 2014).

1.1.3 Diagnóstico clínico

A pesquisa de biomarcadores cardíacos constitui um dos métodos de diagnóstico do SCA, uma vez que as células miocárdicas danificadas libertam proteínas e enzimas para a corrente sanguínea, cuja presença permite inferir se o paciente está a experienciar ou experienciou recentemente um enfarte agudo do miocárdio. Também o ECG, que se deve realizar nos dez primeiros minutos de avaliação clínica do paciente e pelo menos 6 vezes nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas, e o ecocardiograma (ECO), que deteta alterações na mobilidade miocárdica são utilizadas como métodos de diagnóstico do SCA (Blanco & Guillén, 2018).

O diagnóstico clínico definitivo deverá ser baseado nos critérios revistos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo imprescindível a existência de, pelo menos, duas de três das seguintes condições: história clínica sugestiva, alterações do ECG de 12 derivações compatíveis com isquemia e níveis elevados dos biomarcadores cardíacos (Quinn et al., 2006).

Em todos os utentes diagnosticados com esta síndrome deve-se estabelecer de forma imediata uma série de medidas gerais que permitam o controlo da evolução da doença e do seu tratamento. Estas incluem a monitorização do ritmo cardíaco, tensão arterial e saturação do oxigénio (pretende-se saturação periférica de oxigénio superior a 95%, caso contrário deve ser administrado oxigénio até obter esse resultado alvo) e os exames de diagnóstico referidos anteriormente (Blanco & Guillén, 2018).

Macedo e Rosa (2010) referem que quando o diagnóstico é confirmado o doente deve ser submetido a um tratamento urgente que dependerá da forma de apresentação do SCA, mas que frequentemente envolve o estudo da anatomia coronária através da coronariografia e revascularização. O doente coronário, após o evento agudo, deve iniciar terapia médica com fármacos que diminuam a mortalidade (por exemplo, antiagregantes plaquetários, β -bloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, estatinas) assim como controlar de forma agressiva os fatores de risco modificáveis.

Neste sentido, Silva et al. (2015) referem que, nos pacientes com SCASS-ST, diferentes marcadores clínicos encontram-se associados ao risco de evolução desfavorável como: idade avançada, diabetes, insuficiência renal, dor precordial prolongada em repouso, hipotensão, taquicardia e insuficiência cardíaca. No entanto, a avaliação quantitativa através de *scores* do risco de morte/enfarte é também uma ferramenta útil para a tomada de decisão.

1.1.4 Tratamento

É imperativo, tanto no âmbito pré-hospitalar como no serviço de urgência, e nos primeiros 10 minutos, a realização de um ECG de 12 derivações. O estudo é complementado com a colheita de sangue para a avaliação dos marcadores de necrose do miocárdio, incluindo a troponina de alta sensibilidade (Miller & Granger, 2021).

Uma primeira abordagem terapêutica do doente com SCA tem como objetivo o alívio da dor, da dispneia e da ansiedade (Meira et al., 2021, p.141)

- Deve ser iniciado oxigénio em doentes que apresentam saturação arterial de oxigénio (SaO₂) <90%, pressão arterial de oxigénio (PaO₂) <60 mmHg ou manifestem sinais de dificuldade respiratória;
- A administração sublingual de nitratos, pelo seu efeito de vasodilatação coronária, diminui a pré e pós-carga. Devem ser administrados 0,5 mg de nitratos de 5-5 minutos, num total de três comprimidos. Ponderar posteriormente a administração intravenosa, no caso de o doente apresentar dor torácica persistente, hipertensão não controlada ou sinais de insuficiência cardíaca;
- Para alívio da dor isquémica está indicada a administração de opióides, nomeadamente sulfato de morfina IV (2-4mg), repetida num intervalo de 5-15 minutos. A morfina reduz a estimulação simpática causada pela dor e pela ansiedade, diminuindo a carga de trabalho cardíaco;
- Independentemente da estratégia terapêutica, deverá ser administrada uma dose de carga oral de ácido acetilsalicílico (AAS) de 150-300 mg, a menos que haja contraindicação.

A estratificação do risco isquémico é essencial em pacientes com SCA sem supradesnivelamento segmento ST (SCASSST) para identificar aqueles com maior risco de complicações fatais ou novos eventos coronários de curto ou longo prazo. Assim, podemos classificar os pacientes como baixo, moderado, alto e risco isquémico muito alto (Tabela 2).

Tabela 2

Classificação de risco isquémico

Critérios de risco isquémico muito alto

- Angina refratária;
- IC grave;

- Instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogénico;
- Alterações dinâmicas recorrentes da onda T, especialmente com elevação intermitente do ST;
- Arritmias ventriculares que colocam em risco a vida do paciente.

Critérios de risco isquémico alto

- Elevação de biomarcadores;
- Alterações dinâmicas da onda T;
- Score GRACE alto (>140, correspondendo a >3% de mortalidade intra-hospitalar).

Critérios de risco isquémico moderado

- DM;
- Insuficiência renal (TFG < 60 ml/min/1,73 m²);
- FEVE < 40%;
- Angor pós-IAM;
- PCI recente;
- CRM anterior;
- Score GRACE moderado (109-140, correspondendo a 1-3% de mortalidade intra-hospitalar).

Critérios de baixo risco isquémico

- Ausência do acima;
- Duração da dor inferior a 10 minutos;
- Score GRACE baixo (<108, correspondendo a <1% de mortalidade intra-hospitalar).

Fonte: Herrera et al. (2018)

Ao nível do tratamento antiplaquetário está recomendado o uso do ácido acetilsalicílico (AAS) a administrar a todos os pacientes com SCA, visto que diminui a mortalidade. Os AAS a utilizar são: inibidores P2Y12 (Madeira et al., 2011), inibidores não reversíveis de P2Y12 e inibidores da glicoproteína (GP) IIb/IIIa (abciximab, tirofiban e eptifibatide) (Herrera et al., 2018).

A terapêutica antiplaquetária dupla na SCASSST deve ser mantida por pelo menos 12 meses, desde que não haja contraindicação.

Em SCA com SCACSST e sintomas de isquemia ≤ 12 horas de duração, a terapia de reperfusão através da Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária, sendo o tratamento de eleição, ou com fibrinólise (Herrera et al., 2018) ou com a associação das duas, com o intuito de restaurar o aporte de sangue ao miocárdio que ainda não sofreu nenhuma lesão irreversível (Madeira et al., 2011).

Na pessoa em situação crítica com SCACSST >12 h de duração o tratamento médico com terapêutica, antiplaquetária, anticoagulação e medidas de prevenção secundária

devem ser realizadas da mesma forma que o que foi descrito anteriormente. Se a pessoa apresentar sintomas de isquemia, instabilidade hemodinâmica e/ou arritmias malignas, deve ser realizada ICP urgente. Se esta estiver estável, a revascularização deve ser considerada ICP 12-48h após o início dos sintomas. Se >48 h, um teste não invasivo pode ser considerado para avaliar isquemia residual e viabilidade ou avaliar coronariografia (revascularização da artéria ocluída não é indicada rotineiramente após 48h) (Herrera et al., 2018).

As medidas gerais para qualquer SCACSST incluem: monitor de ECG com desfibrilador disponível, oxigênio quando SpO₂ <90% e opióides IV se tiver dor (Herrera et al., 2018).

1.2 Triagem de Manchester

A exigência e a complexidade dos cuidados de saúde prestados nos serviços de urgência têm sido, nos últimos anos, agravadas, pela complementaridade de um conjunto de fatores. Assim, denota-se um aumento significativo da afluência aos serviços de urgência, resultando numa situação de sobrelotação constante, exigindo das organizações um conjunto estruturado de ações que possibilitam acompanhar o ritmo dessas transformações (Marques & Lino, 2021).

Os mesmos autores acrescentam que o caráter imprevisível destes serviços impele à definição de estratégias que sejam capazes de enfrentar as diferentes exigências continuamente apresentadas, no sentido de assegurar o cumprimento da missão dos serviços de urgências, isto é, o atendimento e o tratamento de doentes com situações clínicas urgentes e emergentes, pelo que a observação não deve ser realizada em função de critérios administrativos ou outros, mas sim de necessidades clínicas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), esta necessidade de categorização dos doentes admitidos de acordo com a gravidade clínica, e não pela ordem de chegada, levou a uma evolução gradual dos sistemas de triagem.

O Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) possibilita "...a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo recomendado até à observação médica, tanto em situações de funcionamento normal do serviço de urgência, tanto em situações de catástrofe" (Silva, 2009, p.35).

De ressaltar que o PTM demonstrou bons resultados relativamente à validade, à sensibilidade, à especificidade e à reprodutibilidade nos SU (Serviço de Urgência). Corresponde aos padrões internacionais de boa prática, está implementado com sucesso em vários países e é um método confiável, auditável e que apoia a tomada de decisão na classificação dos SU (Junior et al., 2014).

Introduzido em 1996 no Reino Unido, o PTM foi desenvolvido por um grupo de especialistas do SU. Consiste em procedimentos específicos nos quais a principal queixa do paciente é alocada a um dos 52 fluxogramas (Santos et al., 2013). Cada um desses fluxogramas é constituído por um conjunto de sinais e sintomas que discriminam as prioridades clínicas sob a forma de discriminadores que podem ser gerais ou específicos. Os discriminadores gerais aplicam-se a todos os doentes, independentemente da queixa de apresentação, e são compostos por risco de vida, dor, hemorragia, grau de consciência, temperatura e início de sintomas; quanto mais discriminadores específicos são aplicados a situações individuais e particulares como dor pleurítica e precordial (Manchester Triage Group, 2014). Possui 5 níveis, com cores e tempo de atendimento diferentes, aplicados de acordo com o estado do paciente (Coutinho et al., 2012) (Tabela 3).

Tabela 3

Escala nacional de triagem

Número	Categoria	Cor	Tempo alvo de atendimento (em minutos)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Adaptado Marques e Lino (2021)

O Grupo Português de Triagem (GPT) refere, ser uma realidade nos hospitais portugueses, a procura dos serviços de urgência para a realização de procedimentos eletivos, tendo conduzido à necessidade de identificação destes casos com a cor branca.

O mesmo grupo, definiu critérios de atribuição da cor branca tendo estabelecido como meta nacional que os doentes triados com cor branca representem uma percentagem inferior a 5% do total de episódios de urgência.

O PTM atualmente é usado em toda a Europa, na Noruega, Suécia, Holanda, Alemanha, Áustria, Espanha, Eslovénia, Reino Unido e Portugal (Santos et al., 2013). Em Portugal, todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde implementaram o PTM, após a criação do Grupo Português de Triagem. Os hospitais Fernando da Fonseca e o de Santo António, em outubro de 2000, tiveram um papel importante na divulgação e na implementação deste protocolo (Marques & Lino, 2021).

1.2.1 Triagem de Manchester na identificação do SCA

É característica importante de um projeto aberto e dinâmico a capacidade de adaptação a novas exigências. Valorizando a dor torácica, muito especialmente a dor precordial, a Triagem de Manchester tem sido utilizada na identificação dos doentes em risco de síndromes coronárias, com posterior análise da relação das queixas de apresentação com o percurso seguido no SU. Relativamente ao SCA agudo e ao STM, existe boa correlação entre a prioridade inicial e o diagnóstico final, embora esta esteja dependente da apresentação típica da sintomatologia (Matias, 2008).

A avaliação de utentes, que se apresentam nos SU com suspeitas de SCA, utilizando o STM, pode ser realizada a partir de diferentes fluxogramas, uma vez que os utentes nem sempre apresentam sintomas típicos e queixas frequentes tais como “dor no peito” como queixa principal. Por esta razão, adicionalmente ao fluxograma “Dor torácica”, outros como “Dispneia”, “Palpitações”, permitem distinguir a dor torácica e condições urgentes de outras não-urgentes, permitindo ao avaliador o estabelecimento dos níveis de prioridade mais elevados no tratamento de utentes em situações de urgência (Nishi *et al.*, 2015).

A dor torácica é uma situação comum no SU e constitui cerca de 2-5% do total de utentes que aí se apresentam. As suas causas vão desde o enfarte agudo do miocárdio até à irritação muscular, e a sua categorização é primordial. São utilizados discriminadores gerais que incluem risco de vida e dor, e discriminadores específicos, que incluem a natureza e gravidade da dor (cardíaca ou pleural) e as anomalias de pulso (GPT, 2010).

De acordo com o algoritmo da “*American Heart Association*”, todos os utentes que se apresentem nos SU com sintomas de desconforto no peito sugestivo de isquemia, devem receber atenção médica no intervalo de 10 minutos. Assim, de modo a reconhecer utentes nestas condições, o responsável de saúde encarregue da sua triagem deve

estabelecer os níveis de prioridade “vermelho” ou “laranja”, assegurando assim um tempo de espera seguro para estes utentes (O’Connor *et al.*, 2010).

Desta forma, todos os hospitais que implementaram o STM definiram um circuito de gestão de doentes, no qual são integrados as denominadas vias verdes. Estas são circuitos de encaminhamento, com componentes extra e intra-hospitalares, que visam a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades ao longo de uma cadeia de situações que, pela sua natureza, beneficiam em termos de mortalidade e morbidade de uma abordagem estruturada e precoce. Consequentemente, “a filosofia subjacente às Vias Verdes é inteiramente consentânea com a da Triagem de Manchester e esta, ao identificar o risco e ao sugerir a subsequente sistematização do circuito de encaminhamento do doente, defende a existência das primeiras” (Grupo Português de Triagem, 2011, p.2).

A Via Verde Coronária (VVC) é uma estratégia implementada por todo o país, e coordenada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e outras entidades, que visa a melhoria da acessibilidade precoce dos doentes em situação de doença cardíaca aguda aos cuidados médicos mais adequados (Silva, 2012). Estes sistemas consistem em protocolos para o atendimento prioritário de doentes em que se suspeita da presença de determinadas patologias que implicam atendimento imediato. Esta mudança na organização dos serviços tem como objetivo diminuir a morbidade e mortalidade devida a atrasos no diagnóstico e tratamento, especialmente em situações clínicas em que o diagnóstico atempado é crucial, combatendo problemas como longos períodos de espera, excessiva duração no SU, o acesso não facilitado aos recursos clínicos, terapêuticos e de meios complementares de diagnóstico (Darrab *et al.*, 2006; Devkaran *et al.*, 2009).

Os hospitais envolvidos nas VVCs encontram-se organizados internamente, sem barreiras burocráticas, de modo que, à rapidez de intervenção pré-hospitalar, corresponda um atendimento intra-hospitalar simples, eficaz e rápido, funcionando como um corredor para acelerar a chegada do doente a uma equipa médica preparada para as intervenções necessárias. Nestas situações, o fator tempo é fundamental, dado que metade das mortes ocorrem nas primeiras três a quatro horas após início dos sintomas (Lino *et al.* 2009).

1.3 Intervenções de Enfermagem

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), as intervenções de enfermagem a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais podem ser autónomas ou interdependentes. As intervenções autónomas são, segundo o art. 9.º (OE, 2015, p.102)

...as acções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

Já as intervenções interdependentes são

...as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (OE, 2015, p.102).

Assim, é fundamental que os profissionais de saúde sejam detentores de conhecimentos técnico-científicos específicos, com o intuito de melhorar os cuidados (Pina et al., 2020).

Segundo Sequeira (2013, p. 14) a prestação de cuidados de enfermagem “...em ambiente urgente/emergente é caracterizada por uma abordagem ética, humanizada revestida de uma competência técnico, científica e relacional, que no seu conjunto conduzem a um aumento da qualidade dos cuidados prestados”.

Estas competências estão subjacentes ao enfermeiro especialista que segundo o artigo 4.º, n.º 3, do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro,

...é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica,

técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

No caso da pessoa em situação crítica são, segundo o artigo 3.º, do Regulamento n.º 429/2018, três competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

- a. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c. Maximiza a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No caso do enfermeiro na triagem de Manchester, este terá como objetivo principal atribuir, ao doente que recorre ao SU, uma prioridade clínica, conforme a gravidade das queixas que apresenta. Desta forma, o enfermeiro será tanto mais eficaz quanto melhor conseguir o objetivo pretendido (Amaral, 2017). Para exercer a sua profissão de forma competente, o enfermeiro “...deverá aprofundar o seu corpo de conhecimentos e competências adquiridos com formação e consolidados e desenvolvidos pela experiência”. Assim, para realizarem TM, todos os enfermeiros fazem formação inicial, no entanto, esta por si só não é suficiente, “...pois a experiência, conhecimento, intuição e tomada de decisão são qualidades importantes para a sua correta concretização” (Amaral, 2017, p.48).

De forma a que se seja efetuada uma correta priorização de atendimento, o enfermeiro deve atender a “...informação demográfica, dados anatómicos, mecanismos de lesão, parâmetros fisiológicos e o denominado juízo clínico” (Silva, 2009, p. 14), procedendo, simultaneamente à “...observação do comportamento do utente, da expressão verbal e não-verbal de dor e aos sinais clínicos apresentados” (Costa, 2020 p.34).

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, recolha e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer de forma contínua a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Desta forma, a história do paciente deve ser avaliada cuidadosamente durante o primeiro contacto com os profissionais de saúde, neste caso com o enfermeiro. Pode fornecer as primeiras pistas para a presença de SCA, desencadear investigações subsequentes e, em combinação com informações de outros testes diagnósticos, pode ajudar na triagem e decisões terapêuticas no ambiente extra-hospitalar e no SU. Intervenções preventivas em pacientes com SCA devem ser iniciadas precocemente após a admissão hospitalar e devem ser continuadas se já existentes. As medidas preventivas melhoram o prognóstico, reduzindo o número de eventos cardíacos adversos maiores (Nikolaos et al., 2015).

Os autores identificaram ainda na sua revisão integrativa da literatura cinco grandes papéis do enfermeiro na gestão dos SCA, nomeadamente a avaliação do risco, educação, conforto, passagem de informação e tomada de decisão (Tierney et al., 2012).

Após o diagnóstico, as intervenções de enfermagem têm de ser adaptadas à situação clínica, devendo a mesma ser reavaliada quanto à sua eficácia. Deverão ser, assim, asseguradas as seguintes intervenções: adotar medidas gerais de prevenção e controlo de infeção hospitalar; posicionar o doente em semi-Fowler (30° a 45°) (Meira et al., 2021); administrar oxigénio a doentes com hipoxemia ($SpO_2 < 90\%$ ou $paO_2 < 60$ mmHg) (Madeira et al., 2011); puncionar uma a duas veias periféricas com cateteres de grande calibre, mantendo-os funcionantes; executar ECG de 12 derivações; monitorizar de forma periódica os valores de pressão arterial, frequência cardíaca e oximetria de pulso, mantendo monitorização electrocardiográfica contínua. A vigilância atenta dos sinais vitais permite a deteção atempada de complicações e sinais de choque cardiogénico; avaliar a dor (intensidade, localização, frequência, duração, características); controlar a dor com a administração de antianginosos e analgésicos. (Meira et al., 2021). O controlo da dor é extremamente importante não apenas para o conforto do doente, mas também porque a dor encontra-se associada a hiperatividade simpática, provocando vasoconstrição e aumento do trabalho cardíaco (Madeira et al., 2011); executar colheita de sangue venoso para análise; vigiar a respiração e a perfusão dos tecidos; promover

repouso no leito, conforto e relaxamento; e avaliar possíveis complicações decorrentes da administração de terapêutica trombolítica ou reação alérgica (Meira et al., 2021).

É essencial, após a estabilização da situação aguda, o ensino do doente e da família acerca da influência dos fatores de risco cardiovascular e a importância da adoção de um estilo de vida saudável (Meira et al., 2021). A este respeito e com base nos resultados de diferentes ensaios clínicos, Reveles et al. (2018) referem que o controlo dos fatores de risco como o tabagismo, hipertensão arterial e colesterol, foi responsável pela redução em mais de metade das mortes por doença coronária.

Reveles et al. (2018) desenvolveram um estudo junto de 24 doentes com diagnóstico de SCA, 13 doentes no grupo experimental e 11 no grupo de controlo. Os doentes do grupo experimental tiveram uma consulta mensal de enfermagem durante 6 meses, com três momentos de avaliação (no início do estudo, após 3 meses e 6 meses). Concluíram que é possível obter ganhos em saúde através de intervenções de enfermagem e que a implementação de um programa estruturado para doentes após SCA é um bom método para melhorar o IMC, a pressão arterial e a literacia relativa à situação clínica, o que poderá conduzir à prevenção de novos eventos cardiovasculares e à redução dos reinternamentos. Os mesmos autores referem ser essencial a uniformização da educação para a saúde no seio das equipas de enfermagem que prestam cuidados a doentes com SCA, pela elaboração de protocolos onde constem as temáticas a abordar na preparação para a alta, implementação de consultas de enfermagem em ambiente hospitalar e a sua manutenção mesmo após alta médica. Acrescentam que deve ser incluída a família/cuidador nas consultas, uma vez que constituem o principal apoio do doente após a alta hospitalar.

CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO

2 METODOLOGIA

No presente capítulo apresentam-se as fases e procedimentos metodológicos que guiaram a investigação.

2.1 Tipo de estudo e objetivos

É um estudo descritivo, de natureza quantitativa.

Os estudos quantitativos, segundo Vilelas (2022, p.197) “...admitem que tudo pode ser quantificável [...] que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas. Requer o uso de recursos e técnicas estatísticas...”.

Vilelas (2022) refere que o objetivo determina o que o investigador pretende atingir com a realização do trabalho de pesquisa. Os objetivos devem indicar qual a perspetiva selecionada para o estudo, devem ser claros, limitados e precisos.

Perante o mencionado, definiu-se o seguinte objetivo geral: Descrever os fatores de risco das pessoas com SCA, atendidas num serviço de urgência (SU) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal.

Partindo do objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra;
- Identificar os fatores de risco cardiovascular da amostra;
- Identificar os antecedentes pessoais específicos da amostra;
- Determinar a percentagem de biomarcadores cardíacos positivos;
- Identificar o fluxograma do protocolo de triagem de Manchester selecionado com maior frequência;
- Caracterizar a amostra em função da prioridade do utente (triagem de Manchester);
- Caracterizar a amostra em função do tipo de SCA.

2.2 População e Amostra

A população é entendida como o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades (Vilelas, 2022). A população em estudo foram todos os doentes admitidos num serviço de urgência de uma ULS do Norte de Portugal, com SCA no período compreendido entre 1 de janeiro de 2021 e 31 de dezembro de 2021. Considerou-se como critério de inclusão para a obtenção da amostra o registo da classificação pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM) realizado pelo enfermeiro no atendimento inicial e o diagnóstico médico final de angina instável ou enfarte agudo do miocárdio, com idade superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram indisponibilidade e/ou falta de dados ou informações essenciais ao estudo. Obteve-se uma amostra de 40 indivíduos.

Quanto à amostra, esta refere-se a uma parte do todo a que chamamos população e que a representa (Vilelas, 2022).

2.3 Instrumento de recolha de dados

O Instrumento de Recolha de Dados foi uma grelha de registo (Anexo I), criada para o estudo. O instrumento reúne informação sobre as características sociodemográficas do doentes (idade, sexo e raça), os fatores de risco cardiovascular (hipertensão, tabagismos, sedentarismo, dislipidemias, diabetes e obesidade), os antecedentes pessoais específicos (insuficiência venosa e/ou arterial, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, doença renal crónicas, doença pulmonar obstrutiva crónicas e biomarcadores cardíacos), os tipos de SCA (enfarte do miocárdio com/sem elevação ST e angina instável), o fluxograma do PTM selecionado (dor torácica dispneia, indisposição no adulto, estado de inconsciência/síncope, palpitações e dor abdominal) e cor atribuída na triagem (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). O referido instrumento foi elaborado atendendo à pesquisa bibliográfica efetuada e foi analisado e validado por um enfermeiro especialista em médico-cirúrgica e por um médico de cirurgia geral.

Os dados para a realização deste trabalho de investigação foram recolhidos no mês de maio de 2023.

2.4 Procedimentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados, na perspetiva de Fortin et al. (2009, p. 261), “...consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim”. Foram

recolhidos dados através do instrumento de trabalho desenvolvido pela autora do estudo, de pessoas admitidas no serviço de urgência de uma ULS do Norte de Portugal entre 1 de janeiro de 2021 e 31 de dezembro de 2021.

2.5 Variáveis de estudo e sua operacionalização

As variáveis são qualquer característica ou qualidade da realidade que é susceptível de assumir diferentes valores (Vilelas, 2022). Coutinho (2011), citando Ary *et al.* (1989), define variável como sendo um “atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo e que pode assumir diferentes valores”.

2.5.1 Variáveis dependentes

A variável dependente, segundo Vilelas (2022, p. 37), é aquela que é afetada pela variável independente, e assim, “...o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”.

Face ao exposto, definiu-se como variável dependente deste estudo, a SCA. Esta variável é categorizada em “enfarte do miocárdio com elevação ST”, “enfarte do miocárdio sem elevação ST” e “Angina instável”.

2.5.2 Variáveis independentes

Vilelas (2022) refere que a variável independente dentro de uma relação estabelecida não depende de nenhuma outra.

Assim, foram definidas as seguintes variáveis independentes:

- características sociodemográficas (idade, sexo e raça);
- os fatores de risco cardiovascular (hipertensão, tabagismo, sedentarismo, dislipidemias, diabetes e obesidade);
- os antecedentes pessoais específicos;
- biomarcadores cardíacos (troponinas);
- o fluxograma selecionado;
- cor atribuída na triagem.

Procedemos, de seguida à categorização das variáveis, conforme descrito na tabela 4.

Tabela 4*Categorização das variáveis independentes*

Variáveis		Operacionalização	
Idade		Número de anos da pessoa	
Sexo		Variável dicotômica: Masculino/Feminino	
Raça		Variável dicotômica: Caucasiano/Não-caucasiano	
Hipertensão		Variável dicotômica: Sim/Não	
Tabagismo		Variável ordinal: Até 20 cigarros/dia; Entre 21 e 40 cigarros/dia; Mais de 40 cigarros/dia	
Sedentarismo		Variável dicotômica: Sim/Não	
Dislipidemia		Variável dicotômica: Sim/Não	
Diabetes <i>mellitus</i>		Variável dicotômica: Sim/Não	
Obesidade		Variável dicotômica: Sim/Não	
Antecedentes específicos	personais	Insuficiência venosa e/ou arterial; Insuficiência cardíaca; Acidente vascular Cerebral; Doenças renais crônicas; Doenças pulmonares obstrutivas crônicas.	Variáveis dicotômicas: Sim/Não
Biomarcadores cardíacos		Variável dicotômica: I/T	
Fluxograma selecionado		Dor torácica; Dispneia; Indisposição inconsciência/síncope; Palpitações; Dor abdominal; Outros.	de Variáveis dicotômicas: Sim/Não
Cor atribuída na triagem		Variável ordinal: Vermelho/Laranja/Amarelo/Verde/Azul.	

2.6 Considerações éticas

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. Do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos de recolha de dados, da existência de resultados anteriores às regras de publicação e divulgação dos resultados. Entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de uma investigação incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo (Martins 2008).

Os procedimentos de recolha de dados utilizados iniciaram-se pelo pedido ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde (ULS) para realização do estudo (Anexos II e III). Após a autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração (Anexo IV), a autora do estudo entrou em contacto com o Diretor do Serviço de Urgência e solicitou a sua colaboração na recolha de informação. Os dados foram entregues à investigadora informaticamente e sem qualquer tipo de identificação dos doentes, garantindo assim a privacidade, confidencialidade, sigilo e anonimato ao longo de todo o processo.

2.7 Procedimentos de análise de dados

Os dados, segundo Fortin et al. (2009, p. 42), “...são analisados em função do objecto de estudo, segundo se trata de explorar ou de descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis”.

Para tratamento de dados recorreremos a técnicas de estatística descritiva tendo em conta os objetivos.

Utilizou-se distribuição de frequências absolutas e relativas e medidas estatísticas descritivas, nomeadamente de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão), tendo em consideração as medidas adequadas às variáveis quanto à escala de medida. Para a apresentação dos resultados utilizaram-se apresentações tabulares.

O Software utilizado para inserção e análise das variáveis foi o IBM SPSS programa *Statistic Package for Social Scienses*® (SPSS®), versão 27.0, pelo número de codificação atribuído, respeitando o anonimato e sigilo da informação obtida.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados reportam-se a 40 pessoas, admitidas no SU de uma Unidade Hospitalar do Norte da ULSNE entre 1 de janeiro de 2021 e 31 de dezembro de 2021.

No que se relaciona com as características sociodemográficos, as pessoas tinham idades compreendidas entre os 43 e 94 anos, com média de idades de $74,40 \pm 13,35$ anos. O intervalo de idade mais prevalente foi entre 84 e 94 anos com 35%, seguido do intervalo entre 74 e 84 anos, com 30%. O intervalo de idades menos prevalente foi o entre 64 e 74 anos, com 7,5%. Destes indivíduos, 60% são do sexo masculino e todos de raça caucasianos (Tabela 5).

Tabela 5

Distribuição dos participantes por características sociodemográficas

Variáveis		n (40)	%
Idade (anos)	[43-54[4	10,0
	[54-64[7	17,5
	[64-74[3	7,5
	[74-84[12	30,0
	[84-94]	14	35,0
Mínimo=43; Máximo=94; $M = 74,40$ ($Dp = \pm 13,35$)			
Sexo	Masculino	24	60,0
	Feminino	16	40,0
Raça	Caucasiano	40	100,0

Nota: M = média; Dp = desvio padrão

Relativamente aos fatores de risco cardiovasculares, de acordo com a tabela 6, o mais prevalente foi a hipertensão em 80% das pessoas, seguido da dislipidemia com 47,5% e diabetes com 45%. Os menos prevalentes foram o tabagismo e a obesidade, com 12,5% e 27,5%, respetivamente. Das pessoas que fumavam, 4 fumavam entre 21 e 40 cigarros por dia.

Tabela 6*Distribuição da amostra segundo os fatores de risco cardiovascular*

Fatores de Risco		n (40)	%
Hipertensão	Sim	32	80,0
	Não	8	20,0
Tabagismo	Sim	5	12,5
	Não	35	87,5
	Até 20 cigarros	1	-
	Entre 21 e 40 cigarros	4	-
Sedentarismo	Sim	16	40,0
	Não	24	60,0
Dislipidemias	Sim	19	47,5
	Não	21	52,5
Diabetes	Sim	18	45,0
	Não	22	55,0
Obesidade	Sim	11	27,5
	Não	29	72,5

No que concerne os antecedentes pessoais específicos verificou-se que o mais prevalente foi a insuficiência cardíaca em 45% das pessoas, seguido de doença renal crónica com 12,5% e insuficiência venosa e/ou arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica com 10%. O menos prevalente foi o acidente vascular cerebral, com 2,5% (Tabela 7).

Tabela 7*Distribuição da amostra segundo os antecedentes pessoais específicos*

Antecedentes pessoais específicos		n (40)	%
Insuficiência venosa e/ou arterial	Sim	4	10,0
	Não	36	90,0
Insuficiência Cardíaca	Sim	18	45,0
	Não	22	55,0
Acidente Vascular Cerebral	Sim	1	2,5
	Não	39	97,5
Doenças renais crónicas	Sim	5	12,5
	Não	35	87,5
Doenças pulmonares obstrutivas crónicas	Sim	4	10,0
	Não	36	90,0

No que se refere aos biomarcadores cardíacos 92,6% apresentavam T positivo (Tabela 8).

Tabela 8*Distribuição da amostra segundo os Biomarcadores Cardíacos*

Biomarcadores cardíacos	n (40)	%
I positivo	1	3,7
T positivo	25	92,6
T negativo	1	3,7

Quanto aos tipos de SCA verifica-se que no enfarte do miocárdio o mais prevalente é sem elevação ST (72,5%) e menos prevalente com elevação ST (27,5%). No caso da angina instável, no total da amostra, esta só se verificou em 5,2% dos casos (Tabela 9).

Tabela 9*Distribuição da amostra segundo os tipos de SCA*

SCA		n (40)	%
Enfarte do Miocárdio	Com elevação ST	11	27,5
	Sem elevação ST	29	72,5
Angina Instável	Sim	2	5,2
	Não	38	95,0

Relativamente ao fluxograma, 72,5% apresentavam enfarte do miocárdio sem elevação ST, 95,0% não apresentavam angina instável, metade (50,0%) evidenciavam dor torácica, 70,0% não evidenciavam dispneia e indisposição (82,5%) e nenhum apresentava estado de inconsciência/síncope, palpitações e dor abdominal (Tabela 10).

Tabela 10*Distribuição da amostra segundo o Fluxograma*

Fluxograma		n (40)	%
Enfarte do miocárdio	Com elevação ST	11	27,5
	Sem elevação ST	29	72,5
Angina Instável	Sim	2	5,0
	Não	38	95,0
Dor torácica	Sim	20	50,0
	Não	20	50,0
Dispneia	Sim	12	30,0
	Não	28	70,0
Indisposição no adulto	Sim	7	17,5
	Não	33	82,5
Estado de inconsciência/síncope	Não	40	100,0

Palpitações	Não	40	100,0
Dor abdominal	Não	40	100,0

Quanto à cor atribuída na triagem a mais frequente foi a laranja com 60%, seguida da amarela com 37,5% e por último a verde com 2,5% (Tabela 11).

Tabela 11

Distribuição da amostra segundo a cor atribuída na triagem

Cor atribuída na triagem	n (40)	%
laranja	24	60,0
amarelo	15	37,5
verde	1	2,5

Quanto ao enfarte do miocárdio, o mesmo é mais frequente em pessoas com idades compreendidas entre os 84-94 anos (35,0%), seguindo de pessoas com 74-84 anos (30,0%). Foi menos prevalente em pessoas com idades compreendidas entre os 64-74 anos (7,5%), os 43-54 anos (10,0%) e os 54-64 anos (17,5%). Relativamente à angina instável, esta é mais frequente nos intervalos de idades dos 54-64 anos (50,0%) e 64-74 (50,0%) anos (Tabela 12).

Tabela 12

Distribuição da amostra em função das faixas etárias

Faixa etária	Enfarte do Miocárdio		Angina Instável	
	n	%	n	%
43-54	4	10,0	-	-
54-64	7	17,5	1	50,0
64-74	3	7,5	1	50,0
74-84	12	30,0	-	-

84-94	14	35,0	-	-
-------	----	------	---	---

Relativamente aos tipos de SCA em função do sexo, constata-se que, relativamente ao enfarte do miocárdio, este é mais frequente no sexo masculino (60,0%), seguido do sexo feminino (40,0%). No que concerne à angina instável, esta ocorreu somente no sexo masculino (100,0%) (Tabela 13).

Tabela 13

Distribuição da amostra em função do sexo

Sexo	Enfarte do Miocárdio		Angina Instável	
	n	%	n	%
Masculino	24	60,0	2	100,0
Feminino	16	40,0	-	-

Ao nível da distribuição dos fatores de risco em função da idade, constata-se que no caso da hipertensão é mais prevalente nas pessoas mais idosas, designadamente entre os 74-84 anos (34,4%) e os 84-94 (34,4%). De seguida, é mais prevalente entre os 54-64 anos (18,8%); sendo os menos prevalentes os intervalos de idade entre os 64-74 anos (9,4%) e os 43-54 anos (3,1%). Quanto ao sedentarismo, também é mais frequente nas pessoas mais idosas, designadamente entre os 84-94 anos (56,2%), seguido do intervalo entre os 74-84 anos (25,0%). Ao nível deste fator de risco é menos prevalente entre as idades 43-52 (6,2%), 54-64 (6,2%) e 64-74 (6,2%). Relativamente às dislipidemias é mais prevalente entre os 84-94 anos (36,8%) e 74-84 anos (26,3%). É menos prevalente nas idades entre os 54-64 anos (15,8%) e os 64-74 anos (15,8%) e os 43-54 anos (5,3%). Quanto à diabetes, esta é mais evidente entre os 74-84 anos (50,0%) e os 84-94 anos (27,8%); e menos evidente entre os 54-64 anos (16,7%) e os 64-74 anos (5,6%). Por último e relativamente à obesidade, está mais presente entre os 54-64 anos (36,4%) e os 84-94 anos (36,4%); e menos presente entre os 42-54 anos (9,1%), 64-74 anos (9,1%) e os 74-84 anos (9,1%) (Tabela 14).

Tabela 14*Distribuição dos fatores de risco em função das faixas etárias*

Faixa etária	Hipertensão		Sedentarismo		Dislipidemias		Diabetes		Obesidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
43-54	1	3,1	1	6,2	1	5,3	-	-	1	9,1
54-64	6	18,8	1	6,2	3	15,8	3	16,7	4	36,4
64-74	3	9,4	1	6,2	3	15,8	1	5,6	1	9,1
74-84	11	34,4	4	25,0	5	26,3	9	50,0	1	9,1
84-94	11	34,4	9	56,2	7	36,8	5	27,8	4	36,4

Da distribuição dos fatores de risco em função do sexo, verifica-se que a hipertensão (53,1%), o sedentarismo (62,5%), a dislipidemias (57,9%) e a obesidade (72,7%) são mais frequentes no sexo masculino. No caso da diabetes, 50,0% eram do sexo masculino e 50,0% do sexo feminino (Tabela 15).

Tabela 15*Distribuição dos fatores de risco em função do sexo*

Sexo	Hipertensão		Sedentarismo		Dislipidemias		Diabetes		Obesidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	17	53,1	10	62,5	11	57,9	9	50	8	72,7
Feminino	15	46,9	6	37,5	8	42,1	9	50	3	27,3

Da análise da distribuição dos antecedentes pessoais em função da idade, verifica-se, relativamente à insuficiência venosa e/ou arterial, prevalência nos intervalos de idade entre os 74-84 (50,0%) e nos 84-94 (50,0%). Quanto à insuficiência cardíaca é mais prevalente nas idades entre os 84-94 anos (50,0%) e os 74-84 anos (38,9%) e menos prevalente entre os 54-64 anos (5,6%) e os 64-74 anos (5,6%). No caso da doença renal crónica esteve presente entre os 74-84 anos (40,0%) e os 84-94 anos (40,0%), seguido dos 54-64 anos (20,0%). Por último, e relativamente à doença pulmonar obstrutiva

crónica foi mais prevalente na faixa etária dos 84-94 anos (50,0%), seguida dos 74-84 anos (25,0%) e 64-74 anos (25,0%) (Tabela 16).

Tabela 16

Distribuição dos antecedentes pessoais em função das faixas etárias

Faixa etária	IV e/ou A		Insuficiência cardíaca		AVC		DRC		DPOC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
54-64	-	-	1	5,6	-	-	1	20	-	-
64-74	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	25
74-84	2	50	7	38,9	1	100	2	40	1	25
84-94	2	50	9	50	-	-	2	40	2	50

Os antecedentes pessoais mais frequentes no sexo masculino foram a insuficiência cardíaca (55,6%) e a doença renal crónica (DRC) (80,0%). Quanto ao sexo feminino verificou-se maior prevalência dos antecedentes pessoais como insuficiência venosa e/ou arterial (75,0%), doenças pulmonares obstrutivas crónicas (75,0%) e AVC (100,0%) (Tabela 17).

Tabela 17

Distribuição dos antecedentes pessoais em função do sexo

Sexo	IV e/ou A		Insuficiência cardíaca		AVC		DRC		DPOC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	1	25	10	55,6	-	-	4	80	1	25
Feminino	3	75	8	44,4	1	100	1	20	3	75

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo, a média de idade para a ocorrência de SCA foi de 74,40 anos ($\pm 13,35$). No estudo desenvolvido por Silva et al. (2018) a média de idade foi de 62,1 anos. Já no estudo desenvolvido por Hayiroglu et al. (2018) a média aritmética de idade foi de 63 anos ($\pm 9,7$). No estudo desenvolvido por Lima et al. (2018) a média de idade foi de 62,7 ($\pm 11,7$) anos. Comparando os estudos com o nosso, constata-se que existe uma diferença de idades para a ocorrência de SCA, sendo a nossa superior.

Quanto ao sexo, neste estudo a SCA foi mais prevalente no sexo masculino (60%). Estes resultados vão ao encontro do estudo desenvolvido por Lima et al. (2018) em que constataram que 65,3% dos pacientes eram homens. Ribeiro (2020) no estudo desenvolvido junto de 190 pessoas com dor torácica com necessidade de ativação da VMER, em que a prevalência de homens foi de 54,2%. Também Lemos et al. (2010) obtiveram resultados similares. Segundo as diretrizes da ESC (2017, citado por Lopes, 2020), a prevalência no homem face à mulher é de 3 a 4 vezes superior, em ambos os géneros com idades inferiores aos 60 anos. A este respeito, Mehili e Presbitero (2020) a média de idades das mulheres com SCA situa-se entre os 67 e 70 anos, 10 anos a mais que a média de idades para os homens.

A análise dos resultados ao nível dos fatores de risco, evidenciou que o mais prevalente foi a hipertensão em 80% das pessoas, seguido da dislipidemia com 47,5% e diabetes com 45%. Os menos prevalentes foram o tabagismo e a obesidade, com 12,5% e 27,5%, respetivamente. Lima et al. (2018) desenvolveram um estudo junto de 222 pacientes que passaram pelas unidades de hemodinâmica, cardiovascular e terapia intensiva. Verificaram que as comorbidades mais frequentemente apresentadas pelos pacientes foram a hipertensão arterial, seguida da diabetes *mellitus*. Silva et al. (2018) desenvolveram um estudo junto de 367 utentes com diagnóstico de SCA, tendo verificado que a hipertensão foi predominante (62,4%), seguido da dislipidemia (23,7%) e da diabetes *mellitus* (13,9%). Outro estudo, desenvolvido por Mirza et al. (2018), sendo o mesmo prospetivo de caso-controlo de 100 pacientes com SCA *versus* um grupo de controlo de 100 voluntários saudáveis, identificaram como fator de risco mais prevalente a obesidade (n=86), seguido do tabagismo (n=62), da hipertensão (n=26), da diabetes *mellitus* (n=22) e dos antecedentes familiares de SCA (n=24). Já no estudo desenvolvido por Souza et al. (2015) identificaram como fatores de risco mais

prevalentes a história familiar e o tabagismo. No estudo desenvolvido por Ribeiro (2020) referentes a 190 ativações da VMER do HD entre novembro de 2017 a dezembro de 2018, verificou que 46,2% da amostra era hipertensa, sendo que 42,3% tinha dislipidemia, 23,1% diabetes e igual percentagem de pessoas apresentava hábitos tabágicos. Os fatores de risco menos prevalentes foram o alcoolismo (19,2%) e obesidade (7,7%). Ribeiro et al. (2020), da revisão integrativa da literatura efetuada verificaram que o tabagismo e a hipertensão arterial sistêmica foram os fatores de risco mais prevalentes. A este respeito, Ribeiro et al. (2020) referem que fatores como a obesidade e a hipertensão arterial sistêmica em conjunto com outros fatores de risco contribuem para o aparecimento do evento coronariano, interferindo, também, na qualidade de vida e na sobrevida da população.

Nos resultados para os antecedentes pessoais específicos verificou-se que o mais prevalente foi a insuficiência cardíaca em 45% das pessoas, seguido de doença renal crónica com 12,5% e insuficiência venosa e/ou arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica com 10%. O menos prevalente foi o acidente vascular cerebral, com 2,5%. Lemos et al. (2010), no seu estudo constataram que muitos dos pacientes apresentavam quadro de insuficiência cardíaca.

No que se refere aos biomarcadores cardíacos 92,6% apresentavam T positivo. Da Silva e Moresco (2011) referem que os biomarcadores cardíacos são elementos essenciais para o diagnóstico e avaliação do risco da SCA, enfatizando as troponinas cardíacas.

Quanto aos tipos de SCA verifica-se que no enfarte do miocárdio o mais prevalente é sem elevação ST (72,5%) e menos prevalente com elevação ST (27,5%). No caso da angina instável, esta só se verificou em 5,0% dos casos.

Relativamente ao fluxograma, 72,5% apresentavam enfarte do miocárdio sem elevação ST, 95,0% não apresentavam angina instável, metade (50,0%) evidenciavam dor torácica, 70,0% não evidenciavam dispneia e indisposição (82,5%) e nenhum apresentava estado de inconsciência/síncope, palpitações e dor abdominal. No estudo desenvolvido por Ribeiro (2020), verificaram que das 190 ativações da VMER, a 25,8% foi-lhe diagnosticado toracalgia, 10% com diagnóstico de ansiedade, 8,4% com diagnóstico de SCAssST e 5,3% com SCACsST. Mehili e Presbitero (2020) constataram que pacientes com suspeita de SCA que deram entrada no serviço de urgência, a maioria apresentava enfarte do miocárdio sem elevação ST e angina instável.

Quanto à cor atribuída na triagem, a maioria (60%) obteve cor laranja, seguida da amarela com 37,5% e por último a verde com 2,5%. A maioria dos doentes, e segundo a escala nacional de triagem, foram categorizados como muito urgentes (Marques e Lino, 2021).

Quanto ao enfarte do miocárdio, o mesmo é mais frequente em pessoas com idades compreendidas entre os 84-94 anos, seguindo de pessoas com 74-84 anos. Foi menos prevalente em pessoas com idades compreendidas entre os 64-74 anos, os 43-54 anos (10,0%) e os 54-64 anos. No estudo desenvolvido por Mertins et al. (2016) junto de pacientes com diagnóstico médico de EAM, verificaram que a média de idade foi de 59,9 anos. Relativamente à angina instável, esta é mais frequente nos intervalos de idades dos 54-64 anos e 64-74 anos.

Relativamente aos tipos de SCA em função do sexo, constata-se que, relativamente ao enfarte do miocárdio, este é mais frequente no sexo masculino. No que concerne à angina instável, esta ocorreu somente no sexo masculino. Mertins et al. (2016) referem que eventos cardiovasculares em mulheres possuem menor incidência, provavelmente pela função protetora do estradiol. No entanto, aquando da pós-menopausa verifica-se uma diminuição dos níveis de estrogénio o que se encontra associado a um aumento do risco cardiovascular.

Ao nível da distribuição dos fatores de risco em função da idade, constata-se que no caso da hipertensão é mais prevalente nas pessoas mais idosas, com idade igual ou superior a 74 anos. De seguida, é mais prevalente entre os 54-64 anos; sendo os menos prevalentes os intervalos de idade entre os 64-74 anos e os 43-54 anos. Quanto ao sedentarismo, também é mais frequente nas pessoas mais idosas, seguido do intervalo entre os 74-84 anos. Ao nível deste fator de risco é menos prevalente entre as idades 43-52 anos, 54-64 anos e 64-74 anos. Relativamente às dislipidemias é mais prevalente entre os 84-94 anos e 74-84 anos. É menos prevalente nas idades entre os 54-64 anos e os 64-74 anos e os 43-54 anos. Quanto à diabetes, esta é mais evidente entre os 74-84 anos e os 84-94 anos; e menos evidente entre os 54-64 anos e os 64-74 anos. Segundo a *International Diabetes Federation* (2017) em países desenvolvidos, o perfil etário mais afetado é entre os 35 e os 64 anos. Por último e relativamente à obesidade, está mais presente entre os 54-64 anos e os 84-94 anos; e menos presente entre os 42-54 anos, 64-74 anos e os 74-84 anos. Resultados contrários foram encontrados por Mirza et al.

(2018), em que pacientes obesos manifestam SCA em idades mais jovens. Globalmente, e segundo Cassiano et al. (2020) a hipertensão, a dislipidemia, a obesidade e a diabetes *mellitus* seguem, especialmente na população idosa, uma tendência ascendente.

Da distribuição dos fatores de risco em função do sexo, verifica-se que a hipertensão, o sedentarismo, a dislipidemias e a obesidade são mais frequentes no sexo masculino. No caso da diabetes, 50,0% eram do sexo masculino e 50,0% do sexo feminino. Resultados opostos foram obtidos por Jarrah et al. (2017) em que concluíram que as mulheres apresentaram maior prevalência de quatro fatores de risco cardiovascular (hipertensão, dislipidemia, diabetes e obesidade) do que os homens. Também Lima et al. (2018) verificaram maior incidência de hipertensão em mulheres (88,3%) do que em homens (75,9%). De ressaltar, que pese embora os fatores de risco sejam os mesmos para ambos os sexos, o peso relativo deles difere. Nas mulheres, a diabetes *mellitus*, o tabagismo e a hipertensão têm mais impacto do que a dislipidemia (Mehili & Presbitero, 2020).

Da análise da distribuição dos antecedentes pessoais em função da idade, verifica-se, relativamente à insuficiência venosa e/ou arterial, está prevalente nos intervalos de idade entre os 74-84 anos e os 84-94 anos. Szpalher et al. (2018) chamam a atenção para o facto de a prevalência da insuficiência venosa e/ou arterial aumenta consideravelmente com a idade. Quanto à insuficiência cardíaca é mais prevalente nas idades entre os 84-94 anos e os 74-84 anos e menos prevalente entre os 54-64 anos e os 64-74 anos. No estudo português de Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem a prevalência de insuficiência cardíaca em pessoas com idade compreendida entre os 60-69 anos rondou os 7,63%, entre os 70-79 anos rondou os 12,67% e aqueles que tinham mais de 80 anos, rondou os 16,14% (Santos, 2010). Verificou-se que pessoas em situação crítica com idade compreendida entre os 74-84 anos já tinham tido episódio de AVC. No caso da doença renal crónica esteve presente entre os 74-84 anos e os 84-94 anos, seguido dos 54-64 anos (20,0%). Pese embora se verifique um declínio na função renal com o avanço da idade, nem todas as pessoas desenvolvem doença renal crónica quando envelhecem. Parece existir maior probabilidade de desenvolver doença renal crónica em pessoas com predisposição genética e com exposição a fatores de risco cardiovasculares (Martins, 2015). Neste sentido, também Amaral et al. (2019) referem que a doença renal crónica altera-se com a idade, verificando-se valores mais elevados entre os idosos. Por último, e

relativamente à doença pulmonar obstrutiva crónica foi mais prevalente em pessoas com idade igual ou superior a 64 anos. No estudo desenvolvido por Barbosa et al. (2017) verificaram que a idade superior a 60 anos era um fator de risco associado à DPOC.

Por último e relativamente aos antecedentes pessoais, os mais frequentes no sexo masculino foram a insuficiência cardíaca e a doença renal crónica. A doença renal crónica é um fator de risco para SCA, assim, pessoas com esta doença têm maior probabilidade de morrer de SCA do que evoluir para doença renal terminal (Seixas & Martin, 2016). Quanto ao sexo feminino verificou-se maior prevalência dos antecedentes pessoais como insuficiência venosa e/ou arterial, AVC e DPOC (75,0%). Durante o episódio de SCA, o aumento da atividade de coagulação, pode levar à trombose e consequentemente ao aumento de eventos tromboembólicos, no qual se incluiu o AVC (Uebel, 2013). Relativamente à DPOC, em Portugal, são atingidos duas vezes mais homens do que mulheres (Melo, 2017).

O trabalho na prevenção dos fatores de risco associados à SCA é uma importante intervenção que poderá ser feita pelos enfermeiros. Neste sentido, devem ser tratadas áreas como a cessação tabágica, o controlo da pressão arterial, o aconselhamento acerca da dieta alimentar, o controlo de peso e o reforço para a realização de atividade física regular (Meira et al., 2021).

CONCLUSÕES DO ESTUDO

Pretendeu-se com este estudo descrever os fatores de risco das pessoas com SCA, atendidas num serviço de urgência (SU) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal. No presente estudo, a média de idade para a ocorrência de SCA foi de 74,40 anos, sendo que foi mais prevalente no sexo masculino. Ao nível dos fatores de risco o mais prevalente foi a hipertensão e o menos prevalente, o tabagismo. Quanto aos antecedentes pessoais específicos verificou-se que o mais prevalente foi a insuficiência cardíaca e o menos prevalente foi o acidente vascular cerebral. No que concerne aos biomarcadores cardíacos a maioria apresentava T positivo. Quanto aos tipos de SCA verificou-se que no enfarte do miocárdio o mais prevalente foi sem elevação ST. Relativamente ao fluxograma, 72,5% apresentavam enfarte do miocárdio sem elevação ST. Quanto à cor atribuída na triagem, a maioria obteve cor laranja.

Relativamente ao enfarte do miocárdio, o mesmo é mais frequente em pessoas com idades compreendidas entre os 84-94 anos. No que concerne aos tipos de SCA em função do sexo, constatou-se que, relativamente ao enfarte do miocárdio, este é mais frequente no sexo masculino. Já relativamente à angina instável, esta ocorreu somente no sexo masculino. Ao nível da distribuição dos fatores de risco em função da idade, constatou-se que no caso da hipertensão é mais prevalente nas pessoas mais idosas, com idade igual ou superior a 74 anos. Quanto ao sedentarismo, também foi mais frequente nas pessoas mais idosas. Relativamente às dislipidemias foi mais prevalente entre os 84-94 anos e 74-84 anos. Quanto à diabetes, esta foi mais evidente entre os 74-84 anos e os 84-94 anos. Por último e relativamente à obesidade, está mais presente entre os 54-64 anos e os 84-94 anos. Da distribuição dos fatores de risco em função do sexo, verificou-se que a hipertensão, o sedentarismo, a dislipidemias e a obesidade são mais frequentes no sexo masculino.

Da análise da distribuição dos antecedentes pessoais em função da idade, verificou-se, relativamente à insuficiência venosa e/ou arterial, estava prevalente nos intervalos de idade entre os 74-84 anos e os 84-94 anos. Quanto à insuficiência cardíaca foi mais prevalente nas idades entre os 84-94 anos e os 74-84 anos. No caso da doença renal crónica esteve presente entre os 74-84 anos e os 84-94 anos. Por último, e relativamente à doença pulmonar obstrutiva crónica foi mais prevalente em pessoas com idade igual ou superior a 64 anos. Quanto aos antecedentes pessoais, os mais frequentes no sexo masculino foram a insuficiência cardíaca e a doença renal crónica. Quanto ao sexo

feminino verificou-se maior prevalência dos antecedentes pessoais como insuficiência venosa e/ou arterial, AVC e DPOC.

Atendendo à dimensão da amostra, e dado que os resultados se reportam a um tempo e espaço definido, não devem assumir-se como representativos, constituindo uma limitação do estudo. Sugere-se a realização de estudos analíticos com amostras de maior dimensão, acrescentando o estudo de novos fatores.

Recentemente, a atenção tem sido focada no papel potencial dos marcadores plasmáticos de inflamação como preditores de risco no SCA. Desses marcadores, a proteína C reativa e a contagem de glóbulos brancos são exemplo.

Outros fatores de risco identificados foram relação cintura-quadril, padrão alimentar, apolipoproteínas sanguíneas, fatores psicossociais, solidão e isolamento social e níveis de proteína C-reativa, ácido úrico e homocisteína.

Ao nível do papel do enfermeiro especialista na prevenção de complicações, este deve prever e detetar de forma precoce após a admissão hospitalar as complicações do doente com SCA, devendo as intervenções preventivas, caso existam, ser continuadas. É fundamental, após a estabilização da situação aguda, o ensino do doente e da família acerca da influência dos fatores de risco cardiovascular e a importância da adoção de um estilo de vida saudável.

Esperamos que este estudo possa servir de suporte teórico para pesquisas futuras, uma vez que os resultados evidenciam a necessidade de mais investigação e com amostras maiores de forma a proporcionar maior compreensão do tema. Sugerimos, adicionalmente que seja efetuado outro tipo de estudo, com o intuito de proceder à análise do SCA com os fatores de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aehlert, B. (2007). *ACLS, Advance cardiac life support, emergências em cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia*. Mosby Jems.
- Amaral, P. (2017). *Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]*. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=46543&codigo=973.
- Amaral, T., Amaral, C., Vasconcellos, M., & Monteiro, G. (2019). Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. *Revista de Saúde Pública, 53*(44), pp. 1-11. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000727>.
- Bahall, M., Seemungal, T., & Legall, G. (2018). Risk factors for first-time acute myocardial infarction patients in Trinidad. *BMC Public Health, 18*, pp. 161. <https://DOI.10.1186/s12889-018-5080-y>.
- Barbosa, A., Carneiro, J., Ramos, G., Leite, M., & Caldeira, A. (2017). Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. *Ciência e Saúde Coletiva, 22*(1), pp. 63-73. [https://DOI: 10.1590/1413-81232017221.13042016](https://DOI:10.1590/1413-81232017221.13042016).
- Blanco, M., & Guillén, C. (2018). Síndrome coronario agudo. In C. Guillén, M. Sanz, F. Esparza, F. Caussade, & M. Lima, *Manual de Urgencias* (pp. 121-137). Grupo Dande - Edicomplet.
- Cassiano, A., Silva, T., Nascimento, C., Wanderley, E., Prado, E., Santos, T., . . . Barros-Neto, J. (2020). Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(6), pp. 2203-2212. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27832018>.
- Connor, R., Brady, W., Brooks, S., Diercks, D., Egan, J., Ghaemmaghami, C., . . . Yannopoulos, D. (2010). Acute coronary syndromes: American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 122*, pp. S787-S817. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971028>.

- Costa, F. (s.d.). *Triagem de Manchester: intervenção dos enfermeiros [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]*. Repositório Científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2499>.
- Coutinho, A., Cecílio, L., & Mota, J. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(2), pp. 188-198.
- Da Silva, S., & Moresco, R. (2011). Biomarcadores cardíacos na avaliação da síndrome coronariana aguda. *Scientia Medica*, 21(3), pp. 132-142. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/7941>.
- Darrabm, A., Fan, J., Fernandes, C., Zimmerman, R., Rhonda, S., Worster, A., . . . O'Connor, K. (2006). How does fast track affect quality of care in the emergency department? *European Journal of Emergency Medicine*, 13(1), pp. 32-35. <https://doi:10.1097/00063110-200602000-00008>.
- Devkaran, S., Parsons, H., Dyke, M., Drennan, J., & Rajah, J. (2009). The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emerg Med.*, pp. 9-11. <https://doi:10.1186/1471-227X-9-11>.
- Dressler, D. (2008). Management of patients with coronary vascular disorders. In S. Smeltzer, B. Bare, J. Hinkle, & K. Cheever, *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (11 ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Fortin, M., Côté, J., & Vissandjée, B. (2009). As etapas do processo de investigação. In M. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed., pp. 34-43). Lusociência.
- Fortin, M., Grenier, R., & Nadeau, M. (2009). Métodos de colheita de dados. In M. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed., pp. 239-265). Lusociência.
- Galon, M., Meireles, G., Kreimer, S., Marchiori, G., Favarato, D., Almeida, J., & Capeline, L. (2010). Perfil clínico-angiográfico na doença arterial coronariana: desfecho hospitalar com ênfase nos muitos idosos. *Arquivos Brasileiros de*

Cardiologia, 95, pp. 422-429. [https://doi: org/10.1590/S0066-782X2010005000127](https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000127).

Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência: manual do formando*. Obtido de <https://www.grupoportuguestriagem.pt/>

Grupo Português de Triagem. (2011). *O sistema de triagem de Manchester e as vias verdes: princípios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho*. Obtido de <http://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>

Hansson, G. (2005). Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *New England Journal of Medicine*, 28(2), pp. 107-113. [https://doi: 10.1056/NEJMra043430](https://doi:10.1056/NEJMra043430).

Hayiroglu, M., Çanga, Y., Yildirimturk, O., Bozbeyoglu, E., Gumusdag, A., Uzun, A., . . . Pehlivanoglu, S. (2018). Clinical characteristics and outcomes of acute coronary syndrome patients with intra-aortic balloon pump inserted in intensive cardiac care unit of a tertiary clinic. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 46(1), pp. 10-17. <https://doi:10.5543/tkda.2017.11126>.

Herrera, C., Sánchez-Caballero, V., & Montero, M. (2018). Síndrome coronario agudo. In C. Guillén, *Manual Urgencias* (3.^a ed., pp. 319-330). SANED Grupo.

Jarrah, M., Hammoudeh, A., Al-Natour, D., Khader, Y., Tabbalat, R., Alhaddad, I., & Kullab, S. (2017). Gender differences in risk profile and outcome of Middle Eastern patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Saudi Med. J.*, 38(2), pp. 149-155. <https://doi.org/10.15537%2Fsmj.2017.2.16301>.

Junior, W., Torres, B., & Rausch, M. (2014). *Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos*. Obtido em 24 de fevereiro de 2023, de Grupo Brasileiro de Classificação de Risco: <https://docplayer.com.br/15263026-Sistema-manchester-de-classificacao-de-risco-comparando-modelos-welfane-cordeiro-junior-barbara-lopes-de-brito-torres-maria-do-carmo-paixao-rausch.html>

Lemos, K., Davis, R., Moraes, M., & Azzolin, K. (2010). Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência.

Revista Gaúcha de Enfermagem, 31(1), pp. 129-135.
<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100018>.

Lima, M., Dantas, R., Mendes, N., Alves, L., Silva, T., Brito, A., & Dantas, D. (2018). Aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes submetidos à Intervenção Coronária Percutânea em hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), pp. 3056-3063. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0012>.

Lino, I., Garcia, J., & Costa, S. (2009). *Via verde coronária - uma perspectiva da atuação pré-hospitalar*. INEM.

Lopes, J. (2020). *A segurança no cuidar À pessoa com síndrome coronário agudo - competência especializada de enfermagem [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]*. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43679>.

Macedo, A., & Rosa, F. (2010). O síndrome coronário agudo nos cuidados de saúde primários. *Acta Médica Portuguesa*, 23, pp. 213-222.

Madeira, S., Porto, J., Henriques, A., Nieves, F., Pinto, N., & Henriques, G. (2011). *Manual de suporte avançado de vida*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02>

Manchester Triage Group. (2014). *Emergency triage* (3.^a ed.). Chichester: Wiley Blackwell.

Marques, S., & Lino, P. (2021). Protocolo de Triagem de Manchester. In N. Coimbra, *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 25-38). Lidel.

Martins, S. (2015). *Doença Renal Crónica no Idoso [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]*. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/81946>.

Matias, C., Oliveira, R., Duarte, R., Bico, P., Mendonça, C., Nuno, L., . . . Afonso, S. (2008). Triagem de Manchester nas síndromes coronárias agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(2), pp. 205-2016. <http://hdl.handle.net/10400.26/6233>.

- Mehilli, J., & Presbitero, P. (2020). Coronary artery disease and acute coronary syndrome in women. *Heart*, *106*, pp. 487-492. <https://doi:10.1136/heartjnl-2019-315555>.
- Meira, S., Aguiar, L., & Rocha, F. (2021). Doença coronária e síndromes coronárias agudas. In N. Coimbra, *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 140-145). Lidel.
- Melo, M. (2017). *DPOC: (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) Impactos no Doente e no Cuidador familiar [Dissertação de Mestrado do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]*. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/15016>.
- Mertins, S., Kolankiewicz, A., Rosanelli, C., Loro, M., Poli, G., Winkelmann, E., & Pannebecker, J. (2016). Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Av Enferm*, *34*(1), pp. 30-38. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37125>.
- Miller, C., & Granger, C. (2021). *Evaluation of emergency department patients with chest pain at low or intermediate risk for acute coronary syndrome*. Obtido de UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-emergency-department-patients-with-chest-pain-at-low-orintermediate-risk-for-acute-coronary-syndrome>
- Mirza, A., Taha, A., & Khdir, B. (2018). Risk factors for acute coronary syndrome in patients below the age of 40 years. *The Egyptian Heart Journal*, *70*, pp. 233-235. <https://doi.org/10.1016/j.ehj.2018.05.005>.
- Mozaffarian, D., Wilson, P., & Kannel, W. (2008). Beyond established and novel risk factors: lifestyle risk factors for cardiovascular disease. *Circulation*, *117*, pp. 3031-3038. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.738732>.
- Naranjo, S., Neves, A., Silva, J., Mendes, A., Cassama, D., Cochicho, J., . . . Mateus, A. (2019). Romper paradigmas: além do prospetivo e retrospectivo. *Gazeta Médica*, *6*(4), pp. 256-262.
- Nikolaou, N., Arntz, H., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L., & Cariou, A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 8.

- Initial management of acute coronary syndromes. *Resuscitation*, 95, pp. 264-277. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.030>.
- Nishi, F., Maia, F., & Cruz, D. (2015). Assessing sensitivity and specificity of the Manchester Triage System in the evaluation of acute coronary syndrome in adult patients in emergency care: a systematic review protocol. *JBIC Database System Reviews Implement Reports*, 13(11), pp. 64-73. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2213>.
- Overbaugh, K. (2009). Acute coronary syndrome. *The American Journal of Nursing*, 109(5), pp. 42-52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000351508.39509.e2>.
- Pina, J., Branco, M., Nunes, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Estudo psicométrico: Questionário de conhecimentos das intervenções autónomas de enfermagem no doente com síndrome coronária aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), p. e20070. <https://doi.org/10.12707/RV20070>.
- Quinn, T., Webster, R., & Hatchett, R. (2006). Doença coronária: angina de peito e enfarte agudo do miocárdio. In R. Hatchett, & D. Thompson, *Enfermagem Cardíaca* (1.ª ed., pp. 163-204). Lusociência.
- Ralapanawa, U., Kumarasiri, P., Jayawickreme, K., Kumarihamy, P., Wijeratne, Y., Ekanayake, M., & Dissanayake, C. (2019). Epidemiology and risk factors of patients with types of acute coronary syndrome presenting to a tertiary care hospital in Sri Lanka. *BMC Cardiovascular Disorders*, 19, pp. 229. <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1217-x>.
- 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*, IV(17), pp. 33-42. <https://doi.org/10.12707/RIV17089>.
- Ribeiro, K., Soares, T., Borges, M., Abreu, E., Santos, A., & Gonçalves, F. (2020). Fatores associados a síndrome coronariana aguda e sua prevalência entre os gêneros: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Health Care*, 9(1), pp. 160-172. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i3.3511>.
- Ribeiro, P. (2020). *Assistência à pessoa com síndrome coronária aguda no pré-hospitalar [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de*

Coimbra].

https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=97103&codigo=470.

Rodrigues, M., & Seidl, E. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18(40), pp. 279-288. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200006>.

Santos, A., Freitas, P., & Martins, H. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal*, pp. 1-5. <https://doi:10.1136/emmermed-2012-201782>.

Santos, F. (2010). *Insuficiência Cardíaca no idoso: etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]*. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/53428>.

Seixas, E., & Martin, L. (2016). Doença coronária no paciente com doença renal crônica. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*, 18(1), pp. 6-10. <https://DOI:10.5327/Z1984-4840201626519>.

Sequeira, A. (2013). *O cuidar especializado à pessoa em situação crítica [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]*. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/41606>.

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (4.^a ed.). Lusociência.

Silva, A. (2009). *Triagem de prioridades: triagem de Manchester [Dissertação de Mestrado Universidade do Porto]*. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/19983>.

Silva, B., & Leite, M. (2010). Fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes internados na terapia intensiva de um hospital em Contagem. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20(3), pp. S10-S16. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100018>.

Silva, F., Pesaro, A., Franken, M., & Wajngarten, M. (2015). Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. *Einstein*, 13(3), pp. 454-461. <https://DOI:10.1590/S1679-45082015RW3172>.

- Silva, L., Karino, M., Martins, J., Galdino, M., Scholze, A., & Ribas, J. (2018). Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome coronariana aguda. *Journal Nurs UFPE*, 12(2), pp. 379-385. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a22563p379-385-2018379-385>.
- Silva, M. (2012). Via verde para o seu coração. *Nursing*, p. <http://forumenfermagem.org/index>.
- Souza, L., Rigon, R., Moraes, M., Goldmeier, S., & Pellanda, L. (2015). Síndrome coronariana aguda: risco em jovens. *Revista de Enfermagem UERJ*, 23(6), pp. 794-798. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5934>.
- Szpalher, A., Costa, A., Sória, D., & Almeida, I. (2018). Doença venosa crônica e doença arterial periférica: uma ficha para anamnese. *Revista EDUC*, 5(2), pp. 42-56. <https://www.researchgate.net/publication/341609088>.
- Uebel, R. (2013). *Complicações da síndrome coronariana aguda e de acidente vascular cerebral em pacientes de uma coorte [Tese de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos]*. Repositório Digital da Biblioteca da Unisinos. <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4804>.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.
- Wright, R., Anderson, J., Adams, C., Bridges, C., Casey, D., Ettinger, S., . . . Wright, R. (2011). ACCF/AHA focused update of the guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline): a report of the american college of cardiology foundations/american heart associations task. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(19), pp. 1920-1959. [https://doi: 10.1016/j.jacc.2011.02.009](https://doi:10.1016/j.jacc.2011.02.009).
- Zanchet, A., & Marin, A. (2014). Perfil psicossocial de pacientes com síndrome coronariana aguda. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), pp. 656-771. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150308>.

ANEXOS E APÊNDICES

**APÊNDICE I – Relatório Final de Estágio
Profissional**



Relatório de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Alexandrina Maria Ribeiro Trigo da Silva

Bragança, 2023

Da Silva, Alexandrina Maria Ribeiro Trigo.

Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde.

Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2023.

Siglas

AVC- Acidente vascular cerebral

DGS- Direção Geral da Saúde

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EE- Enfermeiro Especialista

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PPCIRA-Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIV- Suporte Imediato de Vida

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SU- Serviço de Urgência

SUMC -Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TAC- Tomografia Axial Computorizada

UHB- Unidade Hospitalar de Bragança

ULSNE- Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE

UHB- Unidade Hospitalar de Bragança

VMER- Viatura de Emergência Médica e Reanimação

VVAVC- Via verde de AVC

VVS- Via verde de sépsis

VVT- Via verde de trauma

Índice

Introdução.....	64
1. Contextualização	66
Estágio 1 - Serviço Medicina Intensiva.....	68
Estágio 2 - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	70
Estágio 3 - Serviço de Hemodiálise.....	75
2. Reflexão sobre o Desenvolvimento de Competências	77
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	77
Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	77
Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	79
Domínio da Gestão dos Cuidados.....	80
Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	81
Competências Específicas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.....	83
Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.....	83
Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima, da Conceção à Ação	85
Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	87
Conclusão.....	90
Referências Bibliográficas	92

Introdução

O presente trabalho representa o relatório de estágio final e foi elaborado com base nos estágios realizados. Este surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

O estágio foi realizado em três serviços fundamentais no tratamento do doente crítico: Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde do Nordeste, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SMUC) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e Serviço de Hemodiálise da Unidade Local de Saúde do Nordeste. O estágio foi orientado por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica de cada serviço e tutoria de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica designado pela Escola.

O objetivo da realização deste conjunto de estágios articulados entre si foi o de desenvolver competências na abordagem ao doente em situação crítica, proporcionando a possibilidade de adquirir ferramentas comuns e específicas aos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Sendo enfermeira com experiência na área da urgência e emergência hospitalar pretendi complementar a minha formação académica na área de intervenção à pessoa e família em situação crítica. Ao Enfermeiro Especialista (EE) compete aplicar na prática a informação científica, técnica, e relacional que adquire. Os locais de estágio são espaços onde a teoria se traduz na prática e onde se pode consolidar os conhecimentos e desenvolver as competências definidas para o enfermeiro especialista.

A elaboração deste relatório tem como finalidade analisar e descrever através de uma reflexão crítica as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, demonstrando os seus contributos para o desenvolvimento de competências e práticas profissionais, de acordo com os meus interesses, necessidades e oportunidades surgidas.

O desenvolvimento deste relatório encontra-se dividido em três subcapítulos correspondentes aos três módulos de estágio. Em cada um deles é realizada uma breve descrição do serviço do módulo de estágio e são referidos os objetivos definidos para cada um deles. Expõem-se ainda as atividades desenvolvidas ao longo da prática clínica para a aquisição e desenvolvimento de competências que visam a prestação de cuidados especializados ao

doente em situação crítica, características do perfil do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE). Por fim, irei apresentar as conclusões mais pertinentes de todo o percurso desenvolvido.

1. Contextualização

O estágio constitui uma componente prática que promove a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de experiências adequadas à formação do enfermeiro especialista tanto ao nível das competências comuns como das competências específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Assim, o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica prevê uma unidade curricular, Relatório final de Estágio, dedicada à prática clínica e à investigação.

A prática clínica foi definida por dois campos de estágio obrigatórios, SUMC e SMI, e um campo opcional. Para realizar o meu estágio opcional escolhi o serviço de hemodiálise. Como enfermeira considero que cuidar de doentes críticos constitui um desafio constante. As pessoas que realizam hemodiálise fazem parte desses doentes, razão pela qual optei por fazer o estágio opcional neste último serviço.

As opções pelos locais de estágio tiveram por base o conhecimento prévio de cada instituição, atendendo às oportunidades de aprendizagem que estes oferecem. Considero que estes campos de estágio permitem importar conhecimentos, melhorar competências, e aperfeiçoar o meu desempenho. O campo de estágio opcional decorreu no Serviço de Hemodiálise da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade Hospitalar de Bragança, e as componentes obrigatórias no Serviço Medicina Intensiva e Serviço de Urgência Polivalente da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade Hospitalar de Bragança.

Este relatório terá sempre subjacente uma reflexão sistemática e contínua sobre as práticas desenvolvidas no campo de estágio. Esta reflexão teve um papel importante no processo de construção do conhecimento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. É fundamental que o enfermeiro desenvolva várias competências, com vista a humanizar os cuidados de enfermagem prestados. "Define-se competência como um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base, à experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta". (1)

De forma a potenciar aquisição de competências, defini alguns objetivos gerais e específicos

para cada campo de estágio.

Objetivos Gerais

- Dar visibilidade às atividades desenvolvidas em cada campo de estágio, como resposta aos objetivos propostos;
- Gerir e interpretar, adequadamente, informação já existente da formação inicial e da experiência profissional e de vida;
- Concretizar as dificuldades e as estratégias encontradas para a sua resolução;
- Identificar as competências adquiridas ou desenvolvidas ao longo dos estágios inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica;
- Analisar de forma crítica as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica.

Objectivos Específicos

Serviço de Medicina Intensiva

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada em tempo útil;
- Perceber a dinâmica da prestação de cuidados de uma Unidade Cuidados Intensivos Polivalente.

Serviço Urgência

- Adquirir competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação cuidados à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver uma prática profissional e ética de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Serviço de Hemodiálise

- Tomar consciência da orgânica funcional do Serviço de Hemodiálise;
- Adquirir competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação cuidados em contexto de um serviço de hemodiálise.

Estágio 1 - Serviço Medicina Intensiva

O primeiro estágio decorreu no período de 12 de setembro a 28 de outubro de 2016, na Unidade Hospitalar de Bragança da Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE (ULSNE), sob a tutela e orientação da Enf.^a Patrícia Vieira, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, com a duração de 168 horas.

Este serviço pertence ao Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE, que abrange uma área geográfica de 7000 km², 143 777 habitantes, 3 Unidades Hospitalares, 14 Centros de Saúde, 2 Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e 2 Serviços de Urgência básica.

O Serviço de Medicina Intensiva é uma unidade que integra um conjunto de componentes técnicos, físicos e humanos especializados que se inter-relacionam com o objetivo de prestar cuidados a doentes em estado crítico que necessitam de monitorização e suporte vital adequado, durante 24 horas por dia. Este serviço tem em conta uma otimização dos recursos disponíveis, visando sempre a qualidade dos cuidados, com o objetivo de suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente. (2)

O SMI é composto por 10 unidades do doente das quais 1 está direcionada para doentes com necessidade de isolamento. Apesar de existir 10 unidades disponíveis, apenas 8 se encontram ativas por falta de recursos humanos. Estas unidades admitem doentes potencialmente graves e reversíveis, com necessidade de suporte orgânico, monitorização e vigilância contínua, vindos de todos os serviços da ULSNE e outros hospitais. Cada unidade tem uma cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampa de oxigénio e ar, sistema de vácuo para os aspiradores e contentores do lixo. Possui ainda uma bancada de trabalho para os diferentes profissionais de saúde, onde são efetuados os registos e guardados os processos do doente. É nesta área que existe um carro de emergência com monitor desfibrilhador.

Existe ainda três armazéns: um para acondicionar todo o material necessário à prestação de cuidados (ventiladores de reserva e transporte, máquinas de diálise e de hemofiltração), outro para roupas limpas e outro para farmacologia que conta com um Pyxis medStation System. O SMI tem ainda uma copa, dois gabinetes (médico e de enfermagem), uma casa de banho para

funcionários, uma sala de despejos com saída para o exterior, onde são acondicionados e recolhidos os sujos e os lixos. À entrada do serviço há uma sala de espera onde as visitas aguardam e uma sala da família, onde, de forma cômoda e privada, há transmissão de informações clínicas aos familiares.

Na primeira semana de estágio centrei muita da minha atenção em aprofundar e adquirir conhecimentos sobre os efeitos, modo de preparação e administração de terapêutica específica utilizada neste serviço e na utilização do equipamento técnico existente e interpretação da informação fornecida quer a nível ventilatório, quer a nível hemodinâmico.

Ao longo da minha atividade profissional nunca tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a ventilação invasiva por isso decidi direcionar o meu estágio para esta tipologia de doentes. Tive oportunidade de perceber melhor a dinâmica dos cuidados de enfermagem que envolvem o doente crítico sem nunca esquecer que, além de todas as competências técnicas, devemos manter a humanização dos cuidados.

O SMI é um serviço multidisciplinar e multiprofissional, que garante cuidados definitivos a doentes vítimas de trauma, sem Traumatismo Crânio Encefálico, com patologia médica e cirúrgica, possibilitando o tratamento integral do doente.

A equipa é constituída por 6 médicos (2 especialistas em Medicina Intensiva, 3 especialistas em Medicina Interna e 1 especialista em Cirurgia Cardiotóraca), 24 enfermeiros (7 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 4 especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 especialistas em Enfermagem Comunitária e 11 enfermeiros de Cuidados Gerais), 6 assistentes operacionais auxiliares de ação médica e 1 assistente técnico. Integram ainda a equipa 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

Os recursos humanos distribuem-se da seguinte forma:

- 2 médicos 8-14h, 1 médico depois das 14h durante os dias de semana e ao fim de semana 1 médico 24h/dia;
- 4 enfermeiros por turno;
- 2 assistentes operacionais auxiliares de ação médica no turno da Manhã, 1 no turno da Tarde e 1 no turno da Noite;
- 1 assistente técnico até às 17h;
- apoio de fisioterapia e de nutricionista no período diurno;

- 1 farmacêutico (em regime de prevenção ao hospital após o horário laboral).

O SMI presta cuidados ao nível da reanimação cardio-respiratória, manutenção das vias aéreas (entubação oro e nasotraqueal, via aérea avançada, traqueostomia percutânea e cirúrgica, suporte ventilatório invasivo e não invasivo), “Pacing” cardíaco temporário, monitorização contínua de parâmetros vitais de forma invasiva e não invasiva, ecografia transtorácica de rastreio, técnicas de substituição renal intermitentes e contínuas, broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica, analgesia epidural lombar e torácica, fisioterapia e cinesioterapia.

Foram muitas as experiências e aprendizagens adquiridas no decorrer deste estágio, embora muitas das tarefas realizadas no SMI não sejam novidade para mim, dado que, exerço funções no SUMC, e presto, várias vezes, cuidados a doentes na sala de emergência ou a doentes internados no OBS do SUMC ao cuidado do SMI. Contudo, aprendi novas técnicas e percebi o quão complexo é prestar cuidados diários a doente sem contexto de cuidados intensivos.

Durante o estágio, o tipo de doentes com que mais frequentemente me deparei foi o doente com choque séptico com disfunção multiorgânica de ponto de partida respiratório e urinário, a necessitar de suporte intensivo nas funções vitais. Prestei também cuidados a doentes com intoxicações medicamentosas voluntárias, alterações do comportamento com necessidade de sedação e infeções do sistema nervoso central, isto no que diz respeito a patologias médicas. Nas patologias cirúrgicas, destacaram-se os doentes com pancreatite aguda com critérios de gravidade, colecistites e perfuração de víscera oca com peritonite.

Estágio 2 - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

O segundo estágio foi realizado no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da unidade de Bragança da ULSNE, no período de 31 de outubro a 16 de dezembro de 2016, com a duração de 168 horas, sob a tutela e orientação do En^{fo} Norberto Silva, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (3), o funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde. Por múltiplas razões, os Serviços de Urgência são a porta de entrada da maioria dos doentes, tornando-se assim grandes consumidores de recursos humanos e financeiros. Este serviço atende uma grande diversidade de doentes, sejam eles de baixo, médio ou alto risco, podendo

ser de várias áreas desde medicina interna e cirurgia geral a psiquiatria e pediatria.

Para a compreensão da lógica de funcionamento dos Serviços de Urgência, de acordo com a DGS (3), é fundamental a definição dos conceitos de situações Urgentes e Emergentes. Assim, segundo a mesma, Urgências são todas as manifestações de sintomatologia clínica que apresentam instalação súbita, desde as graves até às não graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Emergências são todas as situações clínicas de instalação súbita, com compromisso eminente de uma ou mais funções vitais. Assim, ser enfermeiro no serviço de Urgência exige a aquisição de técnicas e conhecimentos científicos indispensáveis para lidar com situações críticas para o doente que está com necessidades complexas. O enfermeiro de urgência tem que atuar de forma rápida e eficiente.

Este SMUC está integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE – Unidade Hospitalar de Bragança e recebe doentes de todo o distrito de Bragança. Os doentes dão entrada no SUMC vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomeadamente Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e helitransportados, ou pelos bombeiros, referenciados dos vários Centros de Saúde da ULSNE ou de outras Unidades Hospitalares.

A nível de recursos humanos, o SU é composto por uma equipa de 6 administrativos, 14 auxiliares, 34 enfermeiros e equipa médica (clínico geral, medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, psiquiatria, pediatria, anestesiologia, obstetrícia). Relativamente à equipa de enfermagem, o enfermeiro chefe é responsável pela coordenação e gestão do serviço. Os enfermeiros são distribuídos pelos postos de trabalho do serviço consoante o plano de trabalho. No turno da manhã e da tarde trabalham 6 enfermeiros: 2 em OBS, um na pediatria e emergência interna, um na triagem e 2 nos “bancos” que inclui sala laranja, sala de emergência, pequena cirurgia, sala de ortopedia e macas. No turno da noite trabalham 5 enfermeiros. A única diferença quanto à distribuição envolve o enfermeiro responsável pela pediatria e emergência interna, que fica também com a triagem.

O SU é constituído por duas salas de espera, uma onde o doente faz a inscrição e aguarda pela chamada, e outra onde o doente aguarda após ter sido triado pelo enfermeiro. Inclui também

um gabinete de triagem de Manchester, um gabinete médico de pediatria, respetiva sala de espera das crianças e uma sala para realização de atitudes terapêuticas das mesmas. Três gabinetes médicos para observação de adultos, área de trabalho de enfermagem, local para colocação de cadeirões e cadeiras de rodas (onde os doentes realizam nebulizações e é administrada terapêutica), uma sala laranja (com 4 macas), uma sala de emergência (2 macas), gabinete de enfermagem, uma área com capacidade para 6 macas, gabinete de medicina interna, sala de pequena cirurgia e sala de ortopedia. Tem ainda uma sala de observação de adultos designado de OBS com 8 camas articuladas, com monitor (6 com telemetria), rampa de oxigénio e ar, sistema de aspiração) e uma casa de banho, um OBS pediátrico (2 camas e 2 berços) e uma casa de banho. Uma sala de despejos, gabinete de enfermagem, uma copa, uma casa de banho do pessoal e o gabinete do enfermeiro chefe. No SUMC existem dois Pyxis medStation System® – sistema automático de reposição de stock nivelado de medicamentos – um situado na área de observação e outro localizado estrategicamente entre as áreas laranja, área de triagem médica, área de pequena-cirurgia e área de ortotraumatologia. Este sistema simplifica a gestão dos serviços farmacêuticos (gestão de stocks) e ajuda a reduzir custos, minimizando o desperdício e oferecendo algum suporte à conformidade minimizando o erro.

O serviço de Urgência possui ainda uma VMER em gestão integrada com o INEM cuja equipa colabora na prestação de cuidados ao doente emergente/crítico da urgência. A equipa VMER é constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica ministrada pelo INEM.

O acesso a meios complementares de diagnóstico é fácil e rápido, nomeadamente raio-X simples, Tomografia Axial Computorizada (TAC) e patologia clínica.

Este Serviço assenta em cinco pilares essenciais na abordagem do doente urgente e emergente: pré-hospitalar, triagem de prioridades, implementação das vias-verdes, sala de emergência e sala de observações com monitorização intensiva.

Ao longo do meu estágio, apesar de ter podido colaborar nos diversos sectores do serviço de urgência, dei primazia à sala de emergência por considerar ser a área que me traria maior benefício académico pelas características específicas da mesma. Esta proporcionou-me um leque complexo e diversificado de situações clínicas relacionadas com o doente crítico.

O sistema de triagem de doentes utilizado neste SU é a triagem de Manchester. Este é o mais conhecido e implementado entre os diversos sistemas de triagem que visam o estabelecimento de tempos máximos de espera admissíveis assim como a determinação de critérios de prioridade no atendimento. Permite, através de uma avaliação inicial do doente, com base na queixa de apresentação e identificação de critérios de gravidade, estabelecer um nível de prioridade clínica, bem como a previsão do tempo para o atendimento médico. Consiste na avaliação do doente efetuada por um enfermeiro, com formação e experiência em urgência, o qual procede a avaliação da situação, seguindo um algoritmo de decisão. O enfermeiro classifica o utente em 6 categorias identificadas por cor: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco. Vermelho é emergente, ou seja, entra de imediato para a sala de emergência. Laranja é muito urgente, tempo alvo de 10 minutos até à observação médica inicial, sendo colocado na sala laranja. Amarelo é urgente e pode esperar até 60 minutos até à primeira observação médica; verde pouco urgente podendo aguardar até 120 minutos e azul não urgente podendo aguardar até 240 minutos pela primeira observação médica. (4) A cor branca é atribuída em caso de tratamentos (pensos/terapêutica) e doentes que vêm realizar exames como por exemplo as grávidas, não tendo tempo definido para serem observadas. (5)

Após a realização de alguns turnos neste sector, constatei que é necessário ter uma visão bastante precisa do problema que o doente refere, realizando uma avaliação rigorosa das queixas, dos sinais e sintomas para que o doente seja encaminhado para o local mais adequado a fim da resolução do seu problema. A minha experiência neste contexto permitiu-me também perceber a grande variedade de patologias e oportunidades de aprendizagem, facilitando também a minha gestão de oportunidades de aprendizagem, detetando e acompanhando as que eu e o meu orientador entendemos como mais vantajosas do ponto de vista académico.

Para além deste sistema de prioridades, estão implementadas as vias verdes: via verde de acidente vascular cerebral (VVAVC), via verde de sépsis (VVS) e via verde de trauma (VVT).

Estágio 3 - Serviço de Hemodiálise

O último estágio decorreu no Serviço de Hemodiálise, no período de 2 de janeiro a 17 de fevereiro de 2017, sob a tutela da Enf.^a Cláudia Afonso, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com uma duração de 168 horas. Este serviço presta assistência a todos os doentes internados no hospital com necessidade de técnicas dialíticas e presta também cuidados diferenciados no tratamento da doença renal crónica em ambulatório.

O serviço é constituído por 3 salas de Hemodiálise individualizadas: a sala A com capacidade para 8 doentes, a sala B com capacidade para 4 doentes e a sala AU com capacidade para 2 doentes. Existe ainda uma quarta sala, a Sala C, disponível para situações emergentes provenientes do serviço de urgência. O serviço tem ainda uma copa, uma casa de banho para doentes e uma para funcionários, dois armazéns, dois gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem, dois vestiários e uma sala de espera.

Como tinha pouca experiência na área de hemodiálise e doente renal optei por escolher este serviço. Condições como hipertensão arterial crónica e diabetes *mellitus* podem conduzir ao estágio de doença renal crónica, apesar de cada vez mais existir educação em saúde que privilegia a conservação desta função. O transplante renal tem vindo a tornar-se mais comum, como consequência desta doença. No entanto, a terapêutica de substituição, nomeadamente a hemodiálise, é muitas vezes a única solução para a manutenção da vida do doente renal.

Neste contexto, o enfermeiro, enquanto profissional diretamente responsável pelo doente em tratamento regular de hemodiálise, contacta com o mesmo desde o estágio I da doença renal até à fase terminal, tendo um papel ativo e fulcral no tratamento dialítico e na manutenção do acesso vascular.

Dada a já referida ausência de experiência profissional na área tentei dividir o meu processo de aprendizagem por etapas não avançando para a próxima sem consolidar corretamente a anterior. Assim, iniciei pela montagem do sistema de circulação extra corporal que é a fase inicial do tratamento. A correta utilização do equipamento disponível é uma das etapas principais para o sucesso do tratamento.

Tive oportunidade de adquirir competências ao nível do domínio do sistema informático HSNefro utilizado no âmbito de registo clínico no serviço e de executar punção de Fístulas Artério Venosas com bastante frequência.

Os conhecimentos adquiridos ao longo deste estágio englobam saberes recolhidos da pesquisa bibliográfica decorrente da necessidade de informação, bem como pela partilha de experiências e esclarecimentos de dúvidas como todos os profissionais que contactei. Tive consciência da minha influência pessoal na prática, permitindo estabelecer um bom ambiente de trabalho e uma relação profissional facilitadora da minha aprendizagem e integração no serviço.

2. Reflexão sobre o Desenvolvimento de Competências

Os cuidados de enfermagem centram-se na relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, família e comunidade, sendo que cada pessoa tem valores, crenças e características específicas resultado das suas interações e do próprio ambiente. O enfermeiro tem os conhecimentos e a experiência necessária para poder prestar cuidados de enfermagem de excelência, sempre com total respeito e compreensão pelo outro. (6)

A frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como objetivo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O SMI, Hemodiálise e SU são locais de eleição no cuidar do doente em situação crítica, pelas suas características, trazendo oportunidades, experiências e aprendizagens para a aquisição destas competências.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Neste capítulo serão abordadas isoladamente cada um dos domínios comuns do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. (7) Apesar de existir um novo regulamento de Competências Comuns (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), o presente documento foi realizado à luz do anterior regulamento, uma vez que era o que se encontrava em vigor aquando da realização dos estágios.

Os quatro domínios comuns que uniformizam a intervenção do EE demonstrando a sua “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” são: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (7)

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A Enfermagem, enquanto profissão autorregulada, tem definidos, tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos

Enfermeiros (REPE), os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o seu exercício. Na enfermagem generalista, bem como na Enfermagem especializada, esses são os documentos cruciais para o exercício e boa prática da profissão. No Código Deontológico de Enfermagem estão definidos princípios gerais regentes da profissão bem como um conjunto de deveres e direitos do enfermeiro inerentes à sua prática. (8) As intervenções de enfermagem prestadas ao ser humano, compreendem um conjunto de valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e aperfeiçoamento profissional. (8) Portanto, esta competência comum do EE realiza-se na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Assim, o enfermeiro especialista deve demonstrar tomada de decisão ética nas situações da prática especializada, justificando as suas decisões com princípios, valores e normas deontológicas.

Diariamente, o enfermeiro é confrontado com problemas de difícil resolução. No que respeita à tomada de decisão em relação a estes, no decorrer dos estágios, tive a perceção de que esta geralmente é feita em equipa, tendo por base valores éticos e deontológicos.

No decurso destes três módulos, analisei e refleti sobre a correção da minha prática, e do que observava, quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, baseadas na legislação existente sobre o assunto.

Entendi que todas as minhas intervenções enquanto enfermeira devem procurar que o doente consinta com as intervenções que pretendo realizar, depois de lhe explicar a importância das mesmas, riscos associados e alternativas. Durante os estágios e enquanto enfermeira do SU, percebi que nem sempre é fácil respeitar a privacidade dos doentes, nomeadamente no SU. Isto acontece devido à elevada afluência de doentes, em que muitos permanecem em macas, lado a lado, separados apenas por cortinas. Ao longo dos cuidados prestados, encarei a pessoa como ser único, indivisível, inserida na sua cultura, com valores próprios, direitos e deveres, respeitando-a e abstenho-me de juízos de valores. Respeitei a confidencialidade e a privacidade tanto a nível físico como moral, promovendo a segurança e dignidade do doente. (6)

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A OE defende que o EE deve desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias de governação clínica. É preciso refletir sobre a prática para se poder conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, a fim da criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. (7)

A qualidade dos cuidados de saúde tornou-se uma questão intemporal e um fenómeno de crescente interesse nas organizações de saúde que, para além da importância que tem para a instituição e utente, deve ter uma importância máxima para o prestador de cuidados. Há cada vez mais programas de controlo da qualidade para avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

Durante os estágios clínicos que realizei, pesquisei e respeitei todos os protocolos instituídos nos diferentes serviços, com o objetivo de adquirir esta competência. A existência de normas e protocolos nestes serviços facilitam a segurança dos cuidados prestados. A distribuição de funções e verificação de todo o material promove não só uma melhor organização do serviço e cuidados como também minimiza o erro. Assim, quer no SMI quer na Hemodiálise, tive a perceção que tudo era preparado e antecipado para receber o doente, de acordo com os protocolos existentes, conhecidos por todos os profissionais. No SMI procedi à preparação da unidade do doente, realizei teste do ventilador, monitor, máquinas de infusão, e tomei consciência das normas de controlo e prevenção da infeção. A prevenção e controlo de infeção é uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, funcionando como um dos indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem. No SU realizei a verificação da sala de emergência, banhos cirúrgicos e realização da *check-list* pré-operatória a doentes submetidos a intervenções cirúrgicas.

Os registos de enfermagem pretendem refletir a prática da enfermagem e medir os ganhos em saúde, sendo uma parte integrante na prestação de cuidados de enfermagem. A importância dos registos adquire uma preocupação real para os enfermeiros, pois tem de obedecer a certas regras para que estes se tornem válidos. Procurei durante os meus estágios perceber os diferentes meios de registo utilizados e realizar os mesmos com o objetivo de garantir uma correta avaliação inicial, notas de evolução, ensinamentos desenvolvidos e nota de alta. Isto porque,

muitas vezes, a falta de informação que pode não parecer muito pertinente numa situação de atendimento urgente, poderá ser crucial no caso do doente ser internado ou transferido para outra instituição, para que a continuidade de cuidados seja assegurada de forma correta.

Constatei que nestes serviços se prestam cuidados de saúde de qualidade com vista a satisfação das necessidades do doente, acessíveis em tempo oportuno, dirigidos ao doente e família.

Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com a OE, a gestão é considerada um domínio da área de competência do enfermeiro, revelando-se de grande importância para manter um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados. (7)

No domínio desta competência, espera-se que o EE realize uma gestão de cuidados adequada, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com uma equipa multiprofissional, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, com adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. (7)

No decorrer dos três estágios, tive oportunidade de aprender com o enfermeiro responsável do serviço e enfermeiros responsáveis de turno sobre a gestão de recursos humanos e materiais e a sua adequação ao contexto de atuação dos vários locais, assessoria aos enfermeiros e equipa. Pude ainda colaborar na tomada de decisão e apresentar soluções eficazes para resolução de eventuais obstáculos decorrentes do processo de cuidar, refletindo sobre a sua exequibilidade e adequação às características do serviço.

Considero de extrema importância a capacidade de priorizar tarefas, designadamente no SU onde é necessária uma elevada capacidade de decisão, que muitas vezes tem de ser feita num curto espaço de tempo. Tive oportunidade de colaborar por diversas vezes na verificação de material nos vários campos de estágio o que me facilitou o conhecimento dos materiais, do seu funcionamento e da sua localização, agilizando a minha atuação quando fosse preciso. No SMI pude colaborar em algumas atividades de gestão dos recursos humanos, nomeadamente na elaboração de planos de trabalho. Participei e assisti a auditorias realizadas pelo Programa

de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA).

A integração numa equipa multidisciplinar é de extrema importância, visto ser um requisito essencial para a prestação de cuidados de qualidade. Durante este tempo de estágio, a boa relação entre todos os membros da equipa facilitou a minha integração, permitindo o acesso a partilha de informação entre os vários profissionais de saúde. Assim, é possível realizar uma avaliação coletiva da situação do doente, possibilitando intervir com um maior fundamento.

Pela realização dos objetivos propostos através das atividades descritas desenvolvi competências do Enfermeiro Especialista: demonstrar capacidade de supervisionar o exercício profissional, capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e demonstrar uma relação eficaz com a equipa multidisciplinar, garantindo a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados. Tendo em conta as tarefas exigidas ao enfermeiro, este tem inevitavelmente que adquirir competências de liderança: análise crítica, identificação de problemas, tomada de decisão, planeamento e execução de cuidados.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O enfermeiro, para ter uma atuação eficaz, necessita de adquirir competências a vários níveis: emocional, comunicacional e relacional. Para existir um processo de desenvolvimento é necessário existir também uma avaliação das capacidades e competências do enfermeiro, bem como a identificação dos seus pontos fortes e fracos. O EE deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo constante, de formação contínua e atual e, enquanto profissional de saúde, tem de ser ágil e criativo na resolução de problemas.

Procurei em cada estágio desenvolver as competências propostas no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”. (7)

O auto-conhecimento afeta todos os aspetos da vida, constituindo a base para conhecer e desenvolver valores profissionais. Ao longo do estágio foi minha preocupação desenvolver o auto-conhecimento compreendendo os meus limites pessoais e profissionais. Importa salientar a importância de desenvolver capacidades de resolução de conflitos, já que o

ambiente hospitalar é propício ao aparecimento de conflitos. Um exemplo disso é o processo de triagem no SU, que diariamente põe à prova a capacidade de gestão de conflitos. Muitas vezes, utentes e/ou familiares interrompem a triagem, sendo fundamental o enfermeiro possuir um elevado conhecimento de si próprio a fim de saber agir corretamente perante estas situações.

Durante o período de estágio desenvolvi atividades no sentido de atingir os seguintes objetivos: ter capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas, desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz, manter de forma contínua e autónoma o próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional, assim como desenvolver competências na área da comunicação com o doente. Procurei ainda desenvolver conhecimentos em áreas que não me eram tão familiares e que considerei pertinentes para o meu desenvolvimento enquanto especialista, como as vias verdes (coronária, sépsis, trauma e AVC), o Sistema de Triagem de Manchester, atuação em sala de emergência, Ventilação mecânica invasiva, entre outras. Os resultados das pesquisas permitiram-me adquirir conhecimentos que pude discutir com os profissionais com quem contactei, com inúmeros contributos a nível da formação informal e incentivo à pesquisa.

Competências Específicas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

Segundo a OE, “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida esta ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” A OE refere ainda que os cuidados de enfermagem a estes doentes devem ser altamente qualificados, prestados de forma contínua permitindo manter as funções básicas de vida, de forma a prevenir complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. A capacidade de resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, a prevenção e controlo de infeção são também competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (9)

Neste capítulo serão abordadas isoladamente cada uma das Competências Específicas do EE na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, segundo o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro. (9) Apesar de existir um novo regulamento de Competências Específicas (Regulamento n.º 429/2018 de 18 de julho), o presente documento foi realizado à luz do anterior regulamento, uma vez que era o que se encontrava em vigor aquando da realização dos estágios.

Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Segundo a OE, o enfermeiro especialista deve possuir competências adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem: “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”. (9) As intervenções à pessoa em situação crítica visam a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

Ao longo dos meus estágios, com recurso à minha experiência profissional e conhecimentos adquiridos ao longo da fase curricular do mestrado, desenvolvi competências no cuidar da

pessoa em estado crítico. Cuidar no SMI, Hemodiálise e SU exige conhecimentos cognitivos, técnicos e relacionais diversificados. Em situações de urgência/emergência, o enfermeiro tem um papel interventivo e primordial, necessitando muitas vezes de tomar decisões rápidas, baseadas nesses conhecimentos. Assim, no decorrer dos estágios prestei cuidados à pessoa em situação emergente antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica, executando cuidados técnicos e complexos e demonstrando conhecimentos em suporte avançado de vida, nomeadamente na sala de emergência em doentes com paragem cardio-respiratória, enfarte agudo do miocárdio (EAM), AVC, trauma, entre outros.

No SMI nem todas as tarefas e experiências foram novas para mim, uma vez que, enquanto enfermeira do SU, presto cuidados semelhantes ao doente na sala de emergência, que muitas das vezes vão para o SMI. Contudo, aprendi novas técnicas, como por exemplo técnicas dialíticas, monitorização hemodinâmica por cateter PICCO, e pude perceber a complexidade que implica prestar cuidados diariamente a doentes internados numa unidade de cuidados intensivos.

Durante o estágio, verifiquei que os doentes internados no SMI necessitaram na maior parte das vezes de apoio ventilatório. Assim, pude contactar com diferentes ventiladores, modos ventilatórios e estar atenta às mudanças de modos, à avaliação das necessidades dos doentes e sua adaptação, detetando e interpretando sinais de instabilidade do doente, colaborando nas intervenções, permitindo a extubação precoce. Aliada à ventilação invasiva está a aspiração de secreções. Tive oportunidade de contactar com sondas de circuito fechado (aspiração sub glótica), prevenindo alterações fisiológicas, promovendo menor incidência de pneumonias.

Um dos aspetos mais difíceis é o fator humano no cuidado de enfermagem, uma vez que a rotina diária e complexa do SMI não possibilita momentos de reflexão. No entanto, pude constatar que todos os profissionais prestam cuidados no sentido de viabilizarem a humanização em detrimento da visão mecânica. Assim, sempre que possível, estabeleci uma relação terapêutica com a pessoa e família nas perturbações emocionais. A aquisição de competências neste domínio implica saber gerir a ansiedade e medo vividos pelo doente e ser capaz de facilitar os processos de luto, contribuindo para a dignificação da morte.

O acumular de experiências e oportunidades de aprendizagem, foram-me dotando de maior autonomia e capacidade de decisão, adquirindo competências para avaliar o doente crítico, que me permitem realizar uma intervenção precoce prevenindo a possibilidade de alterações clínicas e antecipando situações de instabilidade, nomeadamente no controlo da dor e ansiedade dos doentes.

A dor é a queixa que mais frequentemente leva as pessoas a procurar o SU, como tal o alívio desta é uma das prioridades iniciais no atendimento do utente. Ao longo dos estágios, tentei sempre obter a ajuda do doente, dado que este é o melhor avaliador da sua própria dor e o único capaz de descrever com exatidão a dor e suas características (localização, intensidade, qualidade, duração e frequência). Os doentes apresentavam diferentes formas de comunicar a dor, desde verbais às não verbais (taquicardia ou agitação motora).

Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima, da Conceção à Ação

O papel do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, tendo em conta a elevada competência e domínio na abordagem ao doente crítico assume um papel importante na resposta e planeamento de situações de catástrofe ou emergência multi-vítima. As catástrofes são fenómenos com um fator imprevisibilidade elevado, o que implica um planeamento prévio, antecipando cada cenário possível, de forma a adequar a resposta se necessário. Cada instituição deve estar dotada de um conjunto de procedimentos médicos de emergência com propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento as vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.

É evidente o carácter autónomo das intervenções na manutenção ou recuperação das funções vitais, no sentido da autonomia da decisão de agir e da responsabilidade do enfermeiro. Quando em contexto de emergência, os enfermeiros “procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo nestas situações, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”. (10)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, “intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de

catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta”. (9)

Com o aumento da população a nível global, a contínua urbanização e o transporte e uso de materiais perigosos que incluem substâncias radioativas, a probabilidade de ocorrência de uma catástrofe ou situação multi-vítima aumenta cada vez mais.

Como tal, a prestação de cuidados num SU implica a obrigatoriedade de se estar preparado para a possibilidade de intervir numa situação semelhante. Perante estas situações, o objetivo máximo será sempre o de reduzir ou eliminar as baixas humanas, a diminuição da saúde e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível. Para que estes objetivos sejam atingidos há a necessidade de recolocação dos recursos disponíveis onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a otimização dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e o uso simplificado de diagnóstico e tratamento. Numa situação destas, o principal receio será sempre a insuficiência de recursos existentes para as necessidades imediatas, comprometendo a prestação de cuidados de saúde com a conseqüente perda de vidas ou aumento das incapacidades dos que sobrevivem.

A gestão dos cuidados em situações de Emergência e /ou Catástrofe é uma competência que foi adquirida durante a minha formação académica e profissional, lembrando e atualizando conhecimentos. O enfermeiro do SU deve ser capaz de atuar em situações de Emergência e /ou Catástrofe, pelo que se devem manter atualizados. A ULSNE possui um Plano de Emergência Externa, no qual estão integrados todos os serviços de todas as Unidades Hospitalares. Este plano foi elaborado pela Comissão de Catástrofe, que é também responsável pela sua atualização. Averigüei que são realizadas formações periódicas de carácter obrigatório no SUMC, com o objetivo de atualizar os conhecimentos do Plano de Emergência e Catástrofe do serviço e entregue um exemplar do mesmo a cada profissional. São também realizados simulacros com a periodicidade de 2/2 anos para testar o mesmo plano.

O Serviço de Urgência Médica e Cirúrgica dispõe de um armário de catástrofe, no qual se encontram armazenados todos os materiais específicos e procedimentos de orientação necessários para uma situação de catástrofe. A formação do curso de Triagem de Prioridades

de Manchester proporciona aos profissionais do SUMC as competências necessárias para atuar nesta área.

Como enfermeira do Serviço de Urgência, tenho participado como aluna em cursos de suporte avançado de vida e emergências de trauma.

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

Segundo a OE, esta é a última competência descrita no Regulamento de competências específicas do EE em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, e que consiste em maximizar a “intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” O enfermeiro especialista responde de forma eficaz na prevenção e controlo de infeção, dado o risco de infeção face aos vários contextos de atuação, complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a várias medidas invasivas para manter a vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. (9)

São inúmeros os fatores potenciadores de uma infeção, tais como a sua fonte, o agente infeccioso, a via de transmissão, a suscetibilidade do hospedeiro e do meio ambiente. O hospital é um local onde a infeção tem tendência a proliferar e a persistir, devido ao aumento crescente de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico invasivas. Este facto promove a ocorrência de infeções graves a nível hospitalar, tornando-se a principal causa de efeitos adversos nos cuidados de saúde.

A prevenção da infeção foi uma preocupação constante durante os estágios. Tive especial cuidado com a lavagem das mãos, que cumpro criteriosamente na minha prática diária, pois está descrito que estas são o principal veículo de transmissão das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Segundo a DGS (11), 30 a 40% das infeções provocadas por agentes resistentes são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal de transmissão as mãos dos profissionais de saúde. Tive ainda em consideração o uso de equipamento de proteção individual e a administração protocolada de terapêutica

antimicrobiana.

No Serviço de Medicina Intensiva os lavatórios possuem pedal para ligar a água e também para dispensar a solução cutânea, o que evita a contaminação das mãos após a sua lavagem. O seu formato fundo e curvo previne salpicos. Junto a todos os lavatórios existe um dispensador de toalhetes de papel e um balde que abre com pedal. Estas características constam das Orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde da DGS, atualmente atualizadas pela norma 007/2019 da DGS. (12)

A pneumonia associada à ventilação é, atualmente, a segunda principal causa de IACS, notando-se principalmente nos cuidados intensivos. (13) Relativamente à prevenção da pneumonia associada ao ventilador, no SMI, a equipa implementou medidas de prevenção tais como: lavagem das mãos; medidas universais de precaução; manter a cabeceira elevada entre 30° e 45°, para evitar o risco de aspiração; higiene oral de 8/8 horas com clorhexidina; aspiração traqueobrônquica com técnica asséptica, utilização de filtros bacterianos no ventilador, insuflador manual e entubação precoce do doente. A prevenção das IACS cirúrgicas é feita através do protocolo do banho cirúrgico implementado no SU e utilização de esponjas impregnadas com clorhexidina. Desempenhei todas estas atividades no decorrer dos estágios.

No Serviço de Urgência tive oportunidade de colaborar com o protocolo FAST que permite identificar infeções com necessidade de isolamento como MRSA, KPC, entre outros. O protocolo prevê rastreio a todos os doentes que obedeçam a determinados critérios como: internamentos recentes (últimos seis meses), antecedentes de infeções com necessidade de isolamento, internamento em outra unidade hospitalar com duração superior a 24h, proveniência de lar de idosos ou unidade de cuidados continuados.

No Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência são efetuados rastreios a todos os doentes com alguma frequência mediante critérios instituídos ou por indicação clínica. Como tal, tive a oportunidade de participar na execução de inúmeros rastreios sépticos respeitando os princípios de assepsia.

Tentei incentivar o cumprimento dos tempos de espera na área da higiene hospitalar, designadamente na desinfeção das macas, o que muitas vezes se torna difícil devido, por exemplo, ao elevado número de doentes que recorrem ao SU com necessidade de maca.

A DGS prevê a constituição e a operacionalização dos PPCIRA em todas as unidades de saúde, determinando a sua reestruturação de forma a serem capacitadas para abranger as três vertentes do programa: vigilância epidemiológica; elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas e formação dos profissionais. Todas as recomendações internas e planos de ação emitidos pelo PPCIRA têm carácter vinculativo e não apenas consultivo. É da sua responsabilidade implementar uma cultura de segurança, com o objetivo de que a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde sejam encaradas como parte integrante da rotina diária de todos os profissionais, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e segurança do doente. (11) Participei em auditorias feitas pela PPCIRA no SMI aquando da colocação de cateteres venosos centrais e linhas arteriais.

Conclusão

A realização deste Relatório Final de Estágio Profissional contribui para uma valorização pessoal e profissional, assinalando um passo importante na minha carreira – a obtenção do título de especialista e do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este relatório reflete a minha caminhada para me tornar enfermeira especialista, desde os momentos de aprendizagem, passando pelo contacto com os doentes e famílias e nunca esquecendo a reflexão sobre as minhas ações, que me permite continuamente melhorar a minha prática profissional.

A Enfermagem faz diferença na área da saúde. Através da nossa profissão podemos promover saúde, adotando atitudes que motivem as pessoas ao nosso redor a melhorar as suas capacidades. A nossa ação passa também pela prevenção e tratamento de complicações, através da educação do doente e da família.

No decorrer dos diferentes estágios, procurei mostrar sempre disponibilidade, aproveitando todos os momentos de aprendizagem, nas diferentes áreas de intervenção, para reforçar a minha construção pessoal e profissional. Os estágios permitiram-me desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências inerentes ao grau de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O estágio no SMI permitiu-me adquirir competências e capacidades extremamente úteis no meu quotidiano enquanto enfermeira do SU. Constatei que o trabalho no SMI é complexo e intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento prestar cuidados a doentes com alterações hemodinâmicas importantes, que reque conhecimento específico, tomada de decisão e atuação em tempo útil.

O SU é o mais desafiante, onde a prestação de cuidados de enfermagem é complexa, desafiadora, diversificada e onde o enfermeiro é confrontado com as mais variadas reações do doente e família. Este depara-se com vários cenários, várias situações que exigem uma abordagem rápida, uma atuação em tempo útil, inserido num ambiente repleto de emoções, sentimentos e incertezas quer para o doente quer para a família.

Tive sempre presente a importância das IACS, estando alerta para possíveis mudanças na atuação dos profissionais e atualizando os meus conhecimentos na área. Consigo agora compreender a complexidade deste tema e a importância de basear sempre a minha atuação em evidência científica, que atualmente é uma mais valia inquestionável na evolução dos cuidados de saúde.

Em relação à Hemodiálise, confirmei que é muito importante a família ser incluída também no tratamento, pois é uma ajuda à equipa de saúde. As consultas médicas, a medicação, o internamento e o tratamento atingem todas as pessoas que convivem com o doente. Assim, o enfermeiro tem um papel motivador junto dos familiares, dando-lhes apoio e conhecendo a sua realidade e dificuldades.

Considero que me encontro mais bem preparada e que atingi com sucesso a aquisição destas competências, embora saiba que os conhecimentos podem ser sempre desenvolvidos, dependendo da minha dedicação e empenho. O objetivo passa sempre por melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, procurando continuamente a excelência no exercício profissional.

Referências Bibliográficas

1. Lopes A, Nunes L. Acerca da triologia de competências profissionais - qualidade dos cuidados - ética. 1995;1–10. Available from: https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/triologia_1995.pdf
2. Paiva J, Fernandes A, Granja C, Esteves F, Ribeiro J, Nóbrega J, et al. Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. Serviço Nac Saúde [Internet]. 2016;1–87. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
3. Direção-Geral de Saúde. Rede de Referenciação Hospitalar de Emergência / Urgência. Direcção Serviços Planeam [Internet]. 2001;24. Available from: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>
4. Grupo Português de Triagem. Protocolo Triagem de Manchester [Internet]. Available from: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
5. Grupo Português de Triagem. Cor Branca na Triagem. 2011;6. Available from: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentação-MTS-Critérios-Cor-Branca.pdf>
6. Ordem dos Enfermeiros. DIVULGAR – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. 2012;
7. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n°122/2011. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série - n° 35 18 fevereiro 2011 [Internet]. 2011;8648–53. Available from: <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>
8. Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico. 2015; Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigo-Deontologico.pdf>
9. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n°124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série - n° 35 18 fevereiro 2011. 2011;25118–20.
10. Ordem dos Enfermeiros. REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.

Decreto-lei nº161/96, 4 Setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98, 21 abril. 1996;44(5):267–70.

11. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde: Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. 2007;57.
12. DGS. Norma Nº 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde [Internet]. 2019;(CDC):46. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
13. Pina E, Ferreira E, Marques A, Matos B. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Rev Port saúde pública. 2010;10(10):27–39.

ANEXO I: Grelha de colheita de dados

Idade	Sexo	M	Raça		Caucasiano				
		F			Não-caucasiano				
Fatores de risco cardiovascular		Hipertensão		Tabagismo		Sedentarismo			
		Sim		Até 20 cigarros			Sim		
		Não		Entre 21 e 40 cigarros			Não		
				Mais de 40 cigarros					
		Dislipidemias		Diabetes		Obesidade			
		Sim		Sim			Sim		
		Não		Não			Não		
Antecedentes pessoais específicos		Insuficiência venosa e/ou arterial					Biomarcadores cardíacos (troponinas)		
		Insuficiência Cardíaca					I		
		Acidente vascular cerebral (AVC)					T		
		Doenças renais crónicas							
		Doenças pulmonares obstrutivas crónicas							
Tipos de SCA			Enfarte do miocárdio		C/ elevação ST				
					S/ elevação ST				
			Angina instável						
Fluxograma selecionado			Dor torácica						
			Dispneia						
			Indisposição no adulto						
			Estado de inconsciência/síncope						
			Palpitações						
			Dor abdominal						
			Outros						
Cor atribuída na triagem			Vermelho						
			Laranja						
			Amarelo						
			Verde						
			Azul						

**ANEXO II: Pedido de Autorização para
Realização da Investigação**

N.º _____ / _____

Pedido de Autorização para Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Despacho do P.C.A.:

Nome do Investigador Principal:

Alexandrina Inês Ribeiro Trigo Silva

Título da Investigação:

Síndrome Coronária Aguda: Factores associados

Tipo de investigação:

Com intervenção Sem intervenção

Caracterização da investigação:

Estudo retrospectivo, analítico de cariz quantitativo

Propriedade dos dados:

ULSNE

Investigação a realizar no(s) Serviço(s) de:

urgência

Data prevista para início: 11/5/2023

Data prevista para término: 10/5/2023

Para a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no fluxograma para submissão de projetos de investigação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. respeitante à investigação para respetiva apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador/promotor

Bragança, 9 de Abri de 2023. Alexandrina Silva

(assinatura)

ANEXO III: Compromisso de Honra

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que todas as informações prestadas sobre o estudo são verdadeiras. Declaro que o estudo respeita as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas) e da Organização Mundial de Saúde, Convenção de Oviedo e das “Boas Práticas Clínicas” (GCP/ICH).

Comprometo-me a respeitar todas as recomendações da CE e prestar todos os esclarecimentos adicionais necessários.

Comprometo-me ainda a entregar à C.E. o relatório final do estudo e a participar em eventuais atividades de divulgação dos resultados/aplicações do estudo que venham a ser desenvolvidas pela ULSNE.

Bragança, 9 de Abul de 2023

Alexandrina Silva
(assinatura do investigador)

ANEXO IV: Autorização do Estudo

IdeN.º 20/2023

Parecer da Comissão de Ética

Trabalho de investigação:

Título:

SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO. FATORES ASSOCIADOS

Em conformidade com o solicitado em parecer anterior da CE.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E. presentes:

Maria de Jesus Machado Lopes
Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves
Carla Maria Perdigão Martins Grande
Ana Catarina Fernandes Pires
Adília Maria Pires da Silva Fernandes
Maria Judite Ramos Marques
Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão

Presidente da Comissão de Ética



Dr.ª Maria de Jesus Machado Lopes

Parecer CA 26 06-2023

Carlos Alberto Vaz

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Unidade Local Saúde Nordeste
COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO V: Declaração do Orientador

Declaração

Para os efeitos convenientes, **Carlos Pires Magalhães**, professor da Escola Superior de Saúde do IPB, com a responsabilidade de orientação científica da investigação realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica”, desenvolvido pela mestranda “**Alexandrina Maria Ribeiro Trigo da Silva**”, com o título “**Síndrome Coronário Agudo: Fatores associados**”, declara que para os devidos efeitos de apresentação e defesa, o relatório final de estágio profissional reúne as condições para ser entregue.

Escola Superior de Saúde de Bragança, 8 de setembro de 2023

Assinado por CARLOS PIRES MAGALHÃES
N.º de identificação: 02102289
Data: 2023.09.08 13:17:24+0100

O Orientador

Carlos Pires Magalhães

ANEXO VI: Comprovativo da Submissão



Submissões

Submissões

Minha Fila 1

Arquivos

Ajuda

Minhas Designações



Pesquisar

Nova Submissão

32772 **Trigo da Silva**

A pessoa com Síndrome Coronário Agudo: descrição dos fatores de risco numa amostra atendida num Serviço de Urgência

Submissão

