



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção de grau de mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM
INSUFICIENCIA CARDIACA SUBMETIDA A CIRURGIA
VALVULAR**

**ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE FOLLOWING
ANNULOPLASTY IN PATIENTS WITH HEART FAILURE**

Por:
Sérgio Rodrigues

Lisboa, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção de grau de mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM
INSUFICIENCIA CARDIACA SUBMETIDA A CIRURGIA
VALVULAR**

**ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE FOLLOWING
ANNULOPLASTY IN PATIENTS WITH HEART FAILURE**

By:

Sérgio Rodrigues

Sob orientação de: Sra. Prof^a Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2019

“It would seem important to devote more of the energies of man to improving the quality of life, so that it may be joyous or noble or creative. Otherwise, existence is nothing but the bored molecular unwinding of a dismal biological clock.”

Louis Lasagna (MD)

Dedicatória

Àquelas que reforçam diariamente esta
minha vontade de SER, de SABER e de FAZER

RECONHECIMENTOS

Estas breves linhas não são mais que o reconhecimento de que o caminho fez-se caminhando e que a caminhada não a fiz sozinho.

Mais do que agradecer há que reconhecer quem se fez presente e disponibilizou parte do seu tempo para ajudar a construir conhecimento, trabalho e reflexão.

Assim, este caminho não teria sido a mesma coisa sem:

A valente compreensão, o incentivo e o amor incondicional da Mami por tão poucas idas a Casa ao longo destes 18 longos meses. Mami, ta feito.

As colegas de turma do “Núcleo SU”. Caríssimas, a vós, o reconhecimento de que foram parte integrante e permanente desta caminhada e deste ciclo. Não poderiam ter sido melhores enquanto colegas, enquanto estudantes, enquanto motivadoras nos meus momentos menos bons. Obrigado.

Sem a minha fonte de equilíbrio e “assessoria “em casa. Nos meus momentos de frustração, de desorganização, nos momentos de alegria e de tristeza, estiveste e estás sempre aqui do meu lado. Juntos conseguimos fazer este percurso em paralelo. Obrigado.

A Sra. Prof. Dra. Isabel Rabiáis, orientadora de relatório pela disponibilidade demonstrada, pelo incentivo à investigação e pelos conselhos oportunos e orientadores de trabalho. Obrigado.

A Sra. Enfermeira Fernanda do grupo PPCIRA do Hospital onde se realizou um dos estágios, pela simpatia e disponibilidade demonstrada para me receber e partilhar experiência e conhecimento na área de interesse das minhas intervenções e estudo. Obrigado.

Os Enfermeiros orientadores, Sra. Enfermeira Especialista Susana Tormenta e Sra. Enfermeira Especialista Joana Silva, pela forma como me acolheram, a forma como tentaram perceber os meus objectivos e como conseguiram adaptar a sua orientação técnica, pedagógica e científica à consecução dos mesmos. Obrigado.

Os restantes colegas Enfermeiros com os quais trabalhei e me cruzei e acrescentaram algo ao meu saber, ao meu ser e ao meu fazer. Obrigado.

A TODOS de uma forma geral, a Enfermagem como disciplina e profissão agradece para além da dimensão individual em que o meu agradecimento se alicerça.

Por último, um enorme pedido de desculpas aos restantes amigos, poucos mas bons, pela compreensão pela minha ausência dos convívios, jantares, passeios de mota e aniversários. Obrigado

RESUMO

A Insuficiência Cardíaca é a única doença cardiovascular atualmente em crescendo no que diz respeito à taxa de mortalidade mas sobretudo no que respeita à taxa de morbilidade sendo a população mais idosa a mais atingida. Não havendo políticas de saúde particularmente direcionadas para esta problemática, a tendência de crescimento deverá manter-se. Este crescimento parece condicionado por fatores determinantes como o aumento da esperança média de vida bem como o aumento dos fatores de risco para esta doença como é o caso da hipertensão arterial. Portugal não escapa a esta realidade, apresentando valores semelhantes aos vividos no resto da Europa.

Os doentes com Insuficiência Cardíaca experienciam uma progressiva degradação do seu estado de saúde sendo que as limitações funcionais são desde logo reconhecidas como uma consequência natural que pode ser acompanhada, ou não, por défice de autocuidado devido à intolerância à atividade física. O enfermeiro especialista assume o papel de educador, transformador e emancipador no processo de adaptação do doente a um estilo de vida que melhor se adapta à sua condição clínica onde deverão imperar as mudanças de comportamentos e a manutenção, tanto quanto possível da autonomia no autocuidado e nas tarefas diárias (Lessa, Frossard, & Queluci, 2010).

Após encontrar uma definição consensual para os conceitos Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, foi conduzida uma *Scoping Review* no intuito de mapear o conhecimento atual sobre o impacto, quer da patologia cardíaca no autocuidado, quer da cirurgia valvular na melhoria da Qualidade de Vida do doente sendo as principais conclusões são em favor da cirurgia como fator importante na melhoria da qualidade de vida da pessoa e na diminuição do grau de dependência no que diz respeito à manutenção da capacidade funcional e do auto-cuidado.

Paralelamente a este estudo, o desenvolvimento de competências especializadas teve lugar em dois âmbitos de estágios onde foram desenvolvidas competências específicas para uma intervenção diferenciada e para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família.

Palavras-chave: Enfermagem Especializada; Qualidade de Vida; Insuficiência Cardíaca; Valvuloplastia.

ABSTRACT

Heart failure is the only main cardiovascular disease currently growing regarding the mortality rate but above all with regard to the rate of morbidity with the elderly population being the most affected. In the absence of health policies particularly focused on the issue, the growth trend is expected to continue.

This growth seems to be conditioned by determinant factors such as the increased average life expectancy as well as the increased risk factors for this disease, such as hypertension. Portugal is no different on this matter as they present similar values to those experienced in the rest of Europe.

Heart failure patients experience a progressive deterioration of their health status, and functional limitations are considered as a natural consequence that may, or may not, have also a deficit in self-care due to intolerance to physical activity.

The specialist nurse should present himself as an educator and emancipator in the process of adapting the patient to a lifestyle that is better for his clinical condition, where behavior changes should prevail, as much as possible, maintaining autonomy and self-care in daily tasks.

After finding a consensual definition for the concepts Quality of Life and Health Related Quality of Life, a Scoping Review was conducted in order to map the current knowledge about the impact of both, cardiac pathology on self-care and valve surgery in improving the quality of life. The main conclusions are in favor of surgery as an important factor for quality of life improvement and in decreasing the degree of dependence, also maintaining functional capacity and self-care.

Simultaneously to this study, the development of specialized skills took place in two areas of internships where specific skills were developed for a differentiated intervention of care delivered to people in critical status and their families.

Keywords: Nursing; Quality of Life; Heart Failure; Annuloplasty.

LISTA DE ABREVIATURA, ACRÓMIOS E SIGLAS

CMEMCPSC - Curso de Mestrado em enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação Crítica

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ICC – Insuficiência cardíaca crónica

IC – Insuficiência Cardíaca

OMS – Organização Mundial de Saúde

AHA - American Heart Association

NYHA - New York Heart Association

SNS – Serviço Nacional de Saúde

EAPC – Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico

FEVE – Fração de Ejeção Ventrículo Esquerdo

HTA – Hipertensão Arterial

AVD – Atividades de vida diária

MLWHFQ - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

IMC – Índice de Massa Corporal

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QV - Qualidade de Vida

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

MOS SF-36 - Medical Outcomes Short-Form 36

EQ-5D – EuroQoL Questionnaire

UGP com CTI – Urgência Geral e Polivalente com Centro de Trauma Integrado

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

ECG – Eletrocardiograma

PPCIRA – Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos

SAV – Suporte Avançado de Vida

CVA – Cirurgia Valvular Aórtica

CVM – Cirurgia Valvular Mitral

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

SEEC - Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe

UCI CCT – Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgia Cardiotorácica

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

CVC – Cateter Venoso Central

LA – Linha Arterial

DT – Dreno Torácico

TOT – Tubo Orotraqueal

ECMO – Extra Corporeal Membrane Oxygenation

TSR – Técnicas de Substituição Renal

HC – Hemoculturas

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1. IMPACTO DA CIRURGIA VALVULAR NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM INSUFICIENCIA CARDIACA: <i>SCOPING REVIEW</i> | 15 |
| 1.1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL..... | 16 |
| 1.3. PERCURSO METODOLOGICO | 34 |
| 1.4. RESULTADOS OBTIDOS..... | 36 |
| 1.5. DISCUSSÃO..... | 38 |
| 1.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 42 |
| 2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS..... | 45 |
| 2.1. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO | 48 |
| 2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – CIRURGIA CARDIOTORÁCICA | 55 |
| 3. CONCLUSÃO | 61 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 63 |

ANEXOS

- ANEXO I: MOS SF36 – Questionário de estado de saúde
- ANEXO II: 5D – 5L EuroQoL Questionnaire
- ANEXO III: Certificado de Poster no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da UCP

APÊNDICES

- APÊNDICE I: Poster “Abordagem extra-hospitalar ao doente vítima de Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico: Utilização do Sistema CPAP Boussignac® Vs BiNível”
- APÊNDICE II: Sessão de formação “Colheita de Hemoculturas: Um procedimento fundamental na gestão e controlo da infeção”
- APÊNDICE III: Questionário de avaliação da satisfação de formação em serviço

TABELAS

- TABELA 1: Síntese dos artigos selecionados

GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 – Resultados do questionário de avaliação da satisfação com a ação de formação

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do 12º curso de Mestrado em enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação Crítica (CMEMCPSC) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa (UCP) e tem como finalidade descrever e analisar criticamente o percurso efectuado ao longo dos estágios desenvolvidos.

O CMEMCPSC visa o aprofundamento de competências especializadas em Enfermagem com a necessária componente de investigação pressupondo ainda como objetivos *“formar peritos que participem na produção de conhecimento novo, numa prática baseada na evidência, promovam o aumento da qualidade dos cuidados e influenciem a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem”* (Serrano, 2018, p. 15).

O desenvolvimento de todas as acções e atividades com vista à aquisição de competências teve em consideração os objectivos e competências do CMEMCPSC, as competências descritas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2011), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Estágio foi realizado em dois contextos: Viatura Médica de Emergência e Reanimação – VMER de um Hospital Central de Lisboa, e numa Unidade de Cuidados Intensivos – Cirurgia Cardiorácica (UCI Cirurgia Cardiorácica) de um Hospital Central de Lisboa.

A aquisição de competências com vista à obtenção do grau de mestre com especialização na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica passa pelo desenvolvimento do tema “Enfermagem Especializada na promoção da qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia valvular” bem como dar resposta à pergunta de investigação: “No doente insuficiente cardíaco, a cirurgia valvular contribui para uma melhoria da sua qualidade de vida?”

A escolha desta temática passa, em grande parte, pela análise crítica do meu contexto de trabalho, onde me deparo diariamente com doentes com Insuficiência cardíaca, valvular ou ambas e a clara evidência do impacto da doença no deteriorar da qualidade de vida da pessoa.

O conceito de qualidade de vida é, por si só bastante abstracto.

A expressão “qualidade de vida” foi utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América Lyndon Johnson, em 1964 (Canavarro & Serra, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento WHOQOL-100 que consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. (Fleck, 2000).

A mesma organização, citada pela Direção Geral da Saúde, define Qualidade de Vida como sendo “um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente (Direção Geral da Saúde, 2019).

Assim, os campos de estágio foram ponderadamente escolhidos. O contexto extra-hospitalar e Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgia Cardiorácica (UCI CCT), para a tipologia de doente abordado, encerram em si próprios um circuito e um *continuum* de cuidados numa clara imagem do mesmo doente em diferentes níveis de cuidados, de estadio da doença, de défice ou não de autocuidado e, em última análise, da sua qualidade de vida.

Em qualquer um dos contextos, trata-se de um doente de elevada complexidade, frequentemente com co-morbilidades que exigem ao enfermeiro especialista uma destreza mental elevada e atenta no sentido de adaptar as suas intervenções olhando o doente como um todo e não apenas para a sua patologia de base.

O estágio pretende ser uma ferramenta para a aquisição de competências e, assim sendo, foi definido como objectivo geral de estágio:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais para o cuidado especializado em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e sua família;

E como objectivos Específicos:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia valvular em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa internada em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) no âmbito do controlo de infeção;

A elaboração do relatório teve como base a metodologia descritiva e crítico-reflexiva. Quanto à estrutura, apresenta um primeiro capítulo no qual é apresentada uma revisão da literatura enquanto fonte de investigação e fonte de resposta ao tema do relatório. É realizado um enquadramento teórico sobre a insuficiência cardíaca / valvular, sobre qualidade de vida e sobre a relação entre ambas, manifestada pelo défice, ou não, de autocuidado. Como suporte conceptual ao desenvolvimento do tema do relatório é utilizado o modelo teórico de Dorothea Orem e a sua “Teoria do défice de autocuidado”

Um segundo capítulo onde é descrito o percurso de desenvolvimento de competências durante os três momentos de estágio com respetiva análise crítica das competências desenvolvidas. Por último, serão apresentadas as considerações finais, reflexão sobre os desafios e dificuldades encontradas ao longo do percurso académico bem como uma nota sobre perspectivas futuras.

As referências bibliográficas estão estruturadas segundo a 6ª edição APA.

O relatório vê como completa a sua estrutura com ANEXOS e APÊNDICES, devidamente referenciados ao longo do corpo do trabalho.

1. IMPACTO DA CIRURGIA VALVULAR NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM INSUFICIENCIA CARDIACA: *SCOPING REVIEW*

Sérgio Rodrigues*; Isabel Rabiais **

* Enfermeiro, a exercer funções num serviço de Urgência Polivalente em Lisboa.

** Professora Auxiliar na Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

1.1. INTRODUÇÃO

Assiste-se hoje a uma evolução nos cuidados de enfermagem, às alterações demográficas e às condições socioeconómicas das populações. O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência da doença crónica e das situações de dependência, aliados à melhoria dos processos terapêuticos e ao conseqüente aumento da esperança média de vida, constituem atualmente um desafio a para os sistemas de saúde (Petronilho, 2009). Atenta a estes fenómenos, a enfermagem tem procurado focar-se na melhoria dos processos adaptativos da pessoa tendo como cerne da sua atuação a minimização do impacto do processo de doença e dos défices daí advindos.

A pertinência do tema escolhido decorre da experiência prática e da realidade onde trabalho em que a presença de pessoas com patologia cardíaca é uma constante. Em Portugal estima-se que a taxa de prevalência da Insuficiência cardíaca (IC) em 2018 foi de 4,36%, que corresponde a 264 000 indivíduos (Fonseca, Brás, Araujo, & Ceia, 2018).

Segundo dados da American Heart Association (AHA), a projeção para 2030 de novos casos de Insuficiência cardíaca, valvular ou ambas, será de um aumento de 46% em todo o mundo (American Heart Association Statistics Committee, 2017). A Sociedade Portuguesa de Cardiologia citada pelo Jornal Médico na edição *online* de Setembro de 2017 refere que “A taxa bruta de mortalidade da insuficiência cardíaca em Portugal é superior à da diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica e asma”, bem como “Um em cada 25 doentes não sobrevive ao primeiro internamento com diagnóstico principal de insuficiência cardíaca e cerca de 30% dos doentes com esta patologia não sobrevivem cinco anos após o diagnóstico” (Morais, 2017).

Segundo a mesma fonte, a taxa de internamento hospitalar é também elevada, sendo a segunda maior fonte de produção hospitalar.

O doente com insuficiência cardíaca vê, com o progredir da doença, o seu grau de dependência aumentar e a sua autonomia para o autocuidado ficar afetada ou mesmo comprometida.

A intolerância à atividade adquire um grande impacto sobre a qualidade de vida destes doentes provocando limitações funcionais que levam à diminuição da capacidade para realizar as atividades de autocuidado (Moura, 2015).

A insuficiência cardíaca é, no quadro de saúde actual, uma das principais fontes de trabalho e ocupação hospitalar. Se tivermos em conta que é também uma das maiores causas de défice de autocuidado dos doentes, então é claro que justifica um forte investimento de recursos humanos, materiais e financeiros no cuidado à pessoa.

Em Portugal não há publicações esclarecedoras quanto ao custo do tratamento destes doentes, nomeadamente no que diz respeito à cirurgia de valvuloplastia. Há apenas referência ao custo de “350 K”, o que equivale a um valor médio de 2.485 euros apenas pelo ato médico do cirurgião (Ordem dos Médicos, 1997).

O custo médio do “internamento por doente saído” de UCI Cardiorácica na área de Lisboa e Vale do Tejo foi, em 2013, de 1.326,39 euros (Ministério da Saúde, 2016).

Um estudo realizado no Brasil em 2015 revela que o custo total da cirurgia cardíaca de Valvuloplastia ascende a 14.537 euros (Titinger, et al., 2015).

Com apenas estes dados e numa análise francamente sintética conseguimos entender que o investimento financeiro no tratamento cirúrgico destes doentes equivale a um investimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na pessoa com os objetivos de melhorar a saúde, minimizar o défice de qualidade de vida, diminuir o número de episódios de urgência e devolver à pessoa a possibilidade de ser novamente ativa. Acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida.

1.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O quadro de referência de um estudo, seja teórico ou conceptual, é a estrutura lógica de ideias ou conceitos encadeados entre si. Esse quadro de referência é denominado por quadro conceptual, quando a explicação dos conceitos se baseia mais na literatura e na investigação do que sobre uma teoria específica (Fortin, 2009).

Tendo em conta o objetivo e a questão de investigação são abordados conceitos e temáticas que urge clarificar previamente de forma a melhorar a sua compreensão ao longo do estudo.

A **Insuficiência cardíaca crónica (ICC)** é um problema grave de saúde pública que atinge um elevado número de indivíduos e está associada a mortalidade e morbilidade elevadas (Fonseca C. , Brás, Araújo, & Ceia, 2018). Assumindo a manutenção das práticas clínicas atuais, estima-se que a prevalência de insuficiência cardíaca em Portugal continental aumente em cerca de 30% em 2035 e 33% em 2060, relativamente a 2011, com um número de 479 921 e 494 191 indivíduos afetados para 2035 e 2060, respetivamente (Fonseca, Brás, Araujo, & Ceia, 2018). A doença valvular cardíaca traduz-se, muitas vezes, por dificuldades na realização de atividades de vida diária, devido a dor anginosa, dispneia e cansaço fácil para pequenos e médios esforços. Esta doença mata e incapacita muitas pessoas durante os seus anos mais produtivos já que é uma das principais causas de insuficiência cardíaca (Ferreira, Nunes, Rodrigues, & Camarneiro, 2008). A patologia valvular não tratada origina hipertrofia e diminuição funcional do ventrículo esquerdo levando à insuficiência cardíaca pela diminuição do volume de ejeção (Hatchett & Thomson, 2002).

A cirurgia cardíaca pode converter-se numa fonte de esperança e alívio para o doente (...) bem como representar a oportunidade ou a eventualidade de um futuro com qualidade e autonomia funcional (Rodrigues, Silva, Bento, Lourenço, & Charepe, 2004).

Um estudo de Baumgartner, Owens, Cameron e Reitz (1996), mostrou que 84% dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca referem como resultado esperado, o prolongamento da vida, a melhoria da qualidade de vida e o aumento da capacidade para realizar exercícios / atividades (Ferreira, Nunes, Rodrigues, & Camarneiro, 2008).

A intervenção cirúrgica valvular, pelos riscos inerentes, é atrasada até os doentes apresentarem insuficiência cardíaca em classe funcional III ou IV.

A classificação da Insuficiência cardíaca faz-se segundo a escala de *New York Heart Association* – NYHA que define 4 estadios da doença tendo em conta a gravidade da clínica e do prognóstico em pessoas com doença cardíaca.

A classificação funcional da New York Heart Association foi originalmente descrita em 1928 e atualizada em 1994, sendo um instrumento de classificação com validade e confiabilidade estabelecidas (Pereira, et al., 2011).

Este método de classificação permite a estratificação dos doentes com IC de acordo com a limitação funcional apresentada por estes face ao exercício.

Esta classificação é útil para a comparação de diversos grupos de doentes, para acompanhamento do mesmo doente ao longo do tempo e ainda para “*contribuir para a*

individualização de programas de reabilitação desses doentes” (Pereira, et al., 2011, p. 56).

Apresenta-se a classificação da IC segundo a NYHA:

Classe I - Nenhuma limitação: exercícios físicos comuns não causam fadiga, dispneia ou palpitações;

Classe II - Limitação ligeira das atividades físicas: assintomático em repouso, mas atividades comuns causam fadiga, dispneia ou palpitações;

Classe III - Limitação acentuada das atividades físicas: assintomático em repouso, mas sintomático para pequenos esforços;

Classe IV - Sintomático em repouso com agravamento dos sintomas para o mínimo esforço.

(American Heart Association, 2019).

Diariamente são admitidos doentes nos serviços de urgência por descompensação da sua insuficiência cardíaca entrando mesmo em déficit respiratório agudo grave, de origem cardiogénica – Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico – EAPC.

O EAPC consiste num episódio de insuficiência cardíaca acompanhada de dificuldade respiratória e saturações periféricas de oxigénio inferiores a 90% em ar ambiente com origem numa diminuição da função do ventrículo esquerdo e conseqüente diminuição do volume de ejeção bem como um aumento da resistência vascular sistémica que resulta num aumento da pressão hidrostática e passagem de fluido intravascular para o interstício pulmonar e alvéolos (Braunwald, Hauser, & Jameson, 2006).

O diagnóstico da Insuficiência Cardíaca (IC) pode ser difícil uma vez que muitos dos sintomas não são discriminatórios e, por conseguinte, têm um valor de diagnóstico limitado (Hatchett & Thomson, 2002). Muitos dos sinais associados à IC são facilmente tratados com diuréticos e medidas físicas como elevação dos membros ou uso de “meias de contenção”. Para o diagnóstico de IC é fundamental que haja uma inequívoca ligação entre a sintomatologia e alterações cardíacas nomeadamente hipertrofia ventricular esquerda e estudo da Fração de Ejeção Ventrículo Esquerdo (FEVE).

De entre as causas mais comuns de IC estão a doença do miocárdio e a doença valvular Mitral e Aórtica (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

A determinação do correto diagnóstico da patologia cardíaca subjacente é fundamental, pela necessidade de instituir o tratamento mais correto. A patologia exata determina o tratamento específico usado (por exemplo, cirurgia valvular para doenças valvulares, terapêutica farmacológica específica para disfunção sistólica do ventrículo esquerdo).

Uma das causas precursoras da hipertrofia do ventrículo esquerdo é a Hipertensão Arterial. O aumento da resistência vascular periférica, ou seja, o aumento da pós-carga obriga a uma maior pressão ventricular esquerda bem como maior trabalho do músculo cardíaco e, assim, maiores necessidades metabólicas e de oxigénio por parte do miocárdio.

Com o passar dos anos e com o envelhecimento normal das estruturas musculares do coração, o ventrículo esquerdo fica espessado, rígido e incompetente não sendo capaz de se expandir para receber sangue durante a diástole ventricular, podendo originar alterações da FEVE (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

A FEVE é considerada diastólica se o valor for menor que 40% e sistólica se for superior a 40%. (Kemp & Conte, 2012). A IC designa-se de sistólica quando há uma deficiente contração ventricular manifestada através de uma FEVE reduzida em que o volume diastólico final aumenta. Isto significa que o coração apresenta uma força insuficiente para bombear o sangue levando à dilatação do ventrículo esquerdo (Kemp & Conte, 2012). Por sua vez, a IC diastólica caracteriza-se por deficiente enchimento e relaxamento ventricular esquerdo, isto é, o ventrículo esquerdo é incapaz de encher adequadamente sob pressões normais. Como resultado verifica-se um volume diastólico final diminuído refletindo-se na redução também do volume sistólico. Isto conduz à elevação da pressão diastólica final sendo comuns sintomas de baixo débito cardíaco (Kemp & Conte, 2012).

As alterações fiso-orgânicas provocadas pela IC têm reflexo em diversos órgãos e tecidos. Como mecanismos de resposta ao baixo débito cardíaco, observam-se alterações nomeadamente a nível do sistema nervoso simpático e renal. (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

O sistema nervoso simpático vai despoletar mecanismos que visam aumentar o débito cardíaco: taquicardia e aumento da contratilidade miocárdica bem como aumento do tónus vascular periférico, na tentativa de aumentar o retorno venoso ao lado direito do coração (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

A nível do sistema renal os mecanismos de compensação visam principalmente aumentar a perfusão renal por via da ativação do sistema renina-angiotensina. No entanto, com o passar do tempo, este mecanismo de compensação torna-se ineficaz e até nefasto para toda a hemodinâmica. A diminuição da perfusão renal estimula a secreção de angiotensina II e de aldosterona que por sua vez resulta na retenção de sódio e de fluidos (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

Fruto destes mecanismos de compensação surge a sintomatologia associada à patologia que se vai manifestando progressivamente num agravamento do défice de autocuidado.

Alguns dos sintomas clássicos da insuficiência cardíaca incluem dispneia com esforço, ortopneia, dispneia noturna, tosse seca e fadiga inexplicável. Podem ainda ocorrer sinais como fevres, terceiro som cardíaco, edema periférico, aumento de peso inexplicável, distensão venosa jugular, ingurgitação hepática, ascite e agravamento da dispneia, quando há sobrecarga de volume (Davies, Davis, & Lip, 2013).

Apesar de ser difícil estabelecer um prognóstico, tem-se verificado uma taxa de mortalidade anual de 30 a 70% nos doentes com sintomas em repouso (classe IV da NYHA) e de 5 a 10% nos doentes cujos sintomas surgem para atividades moderadas (classe II) (American Heart Association Statistics Committee, 2017).

Em Portugal estima-se que a taxa de prevalência da Insuficiência cardíaca em 2018 foi de 4,36% que corresponde a 264 000 indivíduos (Fonseca, Brás, Araujo, & Ceia, 2018).

Pode ler-se na página 14 do “Retrato de Saúde 2018” emanado pelo Ministério da Saúde “*As doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus, sendo as afeções do aparelho circulatório as principais causas de mortalidade.*” Ainda segundo o mesmo documento, três em cada dez Portugueses sofrem de hipertensão arterial, sendo uma das maiores taxas de prevalência dos países europeus.

Estima-se que diariamente ocorram 100 óbitos relacionados com doenças cérebro-cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo dados da American Heart Association (AHA), a projeção para 2030 de novos casos de Insuficiência cardíaca ou valvular ou ambas, será de um aumento de 46% em todo o mundo (American Heart Association Statistics Committee, 2017).

A classificação da IC faz-se segundo a sintomatologia apresentada pelo doente segundo o binómio Dispneia *versus* Esforço emergindo daqui o conceito “**Intolerância à atividade**”.

Na IC classe III e classe IV é manifesta a dificuldade em realizar esforços, ainda que simples tarefas ou atividades de vida diária – AVD.

Um estudo levado a cabo em 2006 aplicou o “*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*” (MLWHFQ) tentando estabelecer relação entre o Score do questionário e a previsão de agravamento da IC.

Este estudo concluiu que a fadiga face ao esforço nos doentes com IC é fator associado a limitações para a manutenção de um estilo de vida com autonomia e independência. Neste estudo, com 1906 pacientes, a fadiga explicou 38% da variância dos scores de qualidade de vida (Rector, Anand, & Cohn, 2006). Num outro estudo, a intensidade da fadiga, *per si*, foi

observada como fator preditivo do agravamento da insuficiência cardíaca (Ekman, Cleland, Swedberg, Charlesworth, Metra, & Poole-Wilson, 2005).

Fini & da Cruz, num artigo publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem, defendem que uma das co-morbilidades que mais interfere com a intensificação da fadiga é o índice de massa corporal (IMC), afirmando que “*quando maior ou igual a 25 a intensidade de fadiga foi maior*” (Fini & da Cruz, 2009, p. 7). Estes dados são corroborados por um outro estudo que, nas suas conclusões, refere que a taxa de incidência da IC aumenta em 7% nas mulheres e 5% nos homens por cada unidade na escala de IMC acima de 25 (Carbone, Lavie, Elagizi, Arena, & Ventura, 2020).

Facilmente se entende que a fadiga e a falta de ar são sinais frequentes em doentes com insuficiência cardíaca e que estes se encontram diretamente relacionados com a progressão negativa da doença e, por consequência, com a (in)tolerância da pessoa ao esforço (Moura, 2015).

No entanto, o significado do conceito “**Fadiga**” e suas evidências clínicas indicam que a fadiga, na verdade, é um conceito lato e que representa a manifestação de diversas sensações referidas pelos doentes como **cansaço**, **falta de ar** ou até **falta de energia**.

As definições destes conceitos podem ser consultadas na “*North American Nursing Diagnosis Association – International*” – NANDA.

Segundo a classificação da NANDA, “**Fadiga**” é uma “Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual.”

Cansaço ou “**Intolerância à atividade**” é definido como “Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.” (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA, 2018 - 2020).

Os doentes com IC apresentam dificuldade em realizar tarefas por manifesta fadiga limitadora do esforço. Na verdade, esta fadiga advém da insuficiente quantidade de oxigénio disponibilizado aos tecidos musculares para que estes possam desempenhar determinado movimento ou vencer determinada força necessária ao desempenho da tarefa ou atividade. Como já referido anteriormente, a dificuldade funcional é ainda agravada pelo frequente sobrepeso ou obesidade. A estes fatores adicionam-se ainda factores psicológicos como medo de cair, ansiedade perante ocorrência de episódio de falta de ar ou ainda síndromes depressivos (Soares, Toledo, dos Santos, Lima, & Galdeano, 2008).

Como consequências da progressiva imobilidade prolongada surge a atrofia muscular, diminuição da tolerância ao exercício, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar bem como a exacerbação dos restantes sintomas (Carrilho, 2012).

Estudos concluem que “os aspectos físicos e emocionais constituem as dimensões de maior impacto na vida dos portadores de IC” apresentando-se também como os mais capazes de potencializar a intolerância à atividade (Soares, Toledo, dos Santos, Lima, & Galdeano, 2008, p. 247).

O conceito de **Qualidade de Vida (QV)** é relativamente recente, datado da década de 60, e tem sido alvo de numerosos estudos com o objetivo de o definir e de encontrar uma forma de avaliação científica e sistêmica (Paula, 2013).

A expressão “qualidade de vida” foi utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” (Monteiro, M Braile, Brandau, & B Jatene, 2010, p. 568)

Segundo a DGS, “Qualidade de vida é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente” (Direção Geral da Saúde, 2019).

Seidl e Zannon, em 2004, apresentaram algumas definições para o conceito “Qualidade de Vida” numa publicação no jornal “Qualidade de vida e Saúde”:

- “É a valorização subjetiva que o doente faz de diferentes aspetos da sua vida em relação ao seu estado de saúde”;
- “Refere-se aos vários aspetos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde que são significativos para a sua qualidade de vida”;
- “É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde”;

(Seidl & Zannon, 2004, p. 583).

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.” (Minayo, Hartz, & Buss, 2000, p. 8).

Estes autores afirmam ainda que alguns valores não materiais como amor, liberdade, felicidade, solidariedade, inserção social e realização pessoal também se associam a esta concetualização da expressão “Qualidade de Vida”.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito Qualidade de Vida é ainda mais recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas três décadas (Seidl & Zannon, 2004).

O conceito **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** (QVRS) surgiu da necessidade de olhar o doente e não apenas a doença. O doente como um todo e não apenas a doença que o afeta, incapacita ou causa sofrimento. Não deixar de prestar especial atenção às suas queixas colaterais, igualmente importantes, tentando com isso compreender em que medida a doença que apresenta se manifesta a nível físico, mental e social (Canavarro & Serra, 2010).

Este conceito ajudou ainda a compreender a importância das expectativas e a importância da relação terapeuta / doente como elementos mediadores na promoção da QV do doente (Carrilho, 2012).

Com esta mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (Seidl & Zannon, 2004).

Na página 66, Artigo 82.º da Deontologia Profissional de Enfermagem lê-se, e cito: *“Na perspetiva ética, não bastam a linha cultural, o desenvolvimento económico ou o ambiente social para determinar a qualidade de vida. (...) A qualidade de vida poderá consistir, principalmente, na capacidade de integração e de aceitação dos desafios e desembocar numa sabedoria pessoal e num estilo de vida (...). Não compete a uma pessoa aferir e avaliar (ou ajuizar sobre) a qualidade de vida de outra pessoa. Por exemplo, a qualidade de vida de um doente não se resume a uma apreciação dos desgastes provocados pela doença em contrapartida aos desgastes provocados pelo tratamento. Cada pessoa, no sentido eticamente humano, percebe a sua qualidade de vida.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Com o aumento da esperança de vida e conseqüentemente da prevalência das doenças crónicas, emergiu o conceito de **Qualidade de Vida Relacionado com a Saúde** como um componente importante da abordagem em saúde (Ramos-Cerqueira & Crepaldi, 2000). A QVRS inclui, dentro da perceção da saúde física e mental, aspetos como a capacidade funcional (...), a dimensão social e económica bem como tudo o que se relaciona com o processo saúde-doença (Barata, 2015).

Diariamente, na actuação das equipas multidisciplinares, surge frequentemente a questão: Qual o ganho para a qualidade de vida da pessoa / doente das intervenções clínicas planeadas ou em equação. Este modelo de pensamento não visa única e exclusivamente tratar a doença. Este modelo de pensamento vai ao encontro da expressão “Ganhos em Saúde”. O que se ganha em termos de melhoria em saúde e, por inerência, em qualidade de vida da pessoa. Esta questão remete-nos para a questão: **O que são os ganhos em saúde?**

Segundo o documento emanado pelo Ministério da Saúde por via da DGS em 2002, Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde “Ganhos de Saúde em Portugal, Ponto de Situação”, o conceito de ganhos em saúde pode traduzir-se de diferentes modos: (1) Ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (**acrescentar anos à vida**); (2) Redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração (**acrescentar saúde à vida**); (3) Diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou às suas sequelas e aumento da funcionalidade física e psicossocial (**acrescentar vida aos anos**); (4) Redução do sofrimento evitável em prol da melhoria possível da QV relacionada com o processo de doença (Direção Geral da Saúde, 2002).

Pela análise desta terminologia entende-se que “Ganhos em Saúde” e “Qualidade de Vida” são conceitos próximos e que o ganho em Qualidade de Vida é tido, não como uma consequência ou casualidade do tratamento mas sim como um fator determinante no momento da tomada de decisão de implementar ou não determinada intervenção.

Ao relacionarmos os conceitos “**Qualidade de Vida**”, “**(In)tolerância à actividade**” e “**Insuficiência cardíaca**” obtemos uma imagem sobre o impacto da doença, principalmente no dia-a-dia dos doentes, nas tarefas simples e nos cuidados básicos com a certeza, porém, que este impacto será sempre influenciado por diversas variáveis como sendo a idade, o género (género feminino tende a relatar mais sintomas depressivos), a disfunção ventricular esquerda, a disfunção valvular, a classe funcional da NYHA, a gravidade e a etiologia da IC, o risco de mortalidade e a saúde mental (Hoekstra, Lesman-Leegte, van der Wal, Luttik, & Jaarsma, 2010).

Num estudo realizado em 2005 constatou-se que muitos doentes se sentem frustrados por não se sentirem capazes de desempenhar atividades que habitualmente faziam e que não sentem prazer em participar em atividades de convívio em grupo porque se sentem demasiado cansados (Jerant, von Friederichs-Fitzwater, & Moore, 2005).

Verifica-se frequentemente que o **decréscimo nos domínios físico e social da qualidade de vida em saúde** pode resultar em sentimentos de perda de autonomia e controlo na vida e pode ser uma explicação para o número elevado de casos de ansiedade e depressão em doentes com IC (Park, Fenster, & Bliss, 2006). É comum a pessoa fazer comparações constantes e sucessivas entre as suas capacidades no presente e as que tinha antes de ser confrontado com a situação de doença (Mendes, Bastos, & Paiva, 2010).

Os doentes com IC definem QV de acordo com as suas habilidades para desempenho de atividades físicas e sociais no sentido de responder às necessidades individuais e da sua família, manter-se feliz e continuando a assumir o seu papel nos grupos a que pertencem (Moura, 2015).

De forma geral, os doentes com IC apresentam baixo nível de preparação e conhecimento para lidarem com as dificuldades impostas pela condição de doença. Resignam-se à diminuição progressiva das suas capacidades sem desenvolverem uma atitude pró-ativa no sentido de manter ou melhorar as suas capacidades (Mendes, Bastos, & Paiva, 2010).

Se a componente clínica, diagnóstica e terapêutica não faz parte da ação do enfermeiro, na componente da **promoção da autonomia com reflexo na qualidade de vida** é onde a enfermagem mais mostra o seu valor e importância, tendo ganho especial destaque nas últimas décadas. Da educação aos ensinamentos terapêuticos, dos processos de adaptação à minimização do défice de autocuidado, a enfermagem demonstra ser capaz de munir o doente de estratégias de *coping* que possam mitigar a incapacidade física e a dificuldade na realização de tarefas diárias podendo estas ser ferramentas fundamentais para a manutenção do autocuidado.

Essa abordagem não farmacológica é baseada num processo contínuo de educação e desenvolvimento de habilidades para a prática do autocuidado com constantes reavaliações (Carlson, Riegel, & Moser, 2001).

Estudos como o de (Mendes, Bastos, & Paiva, 2010) demonstram que os doentes dependem em grande parte deste trabalho, por parte dos profissionais, para o controlo de sinais e sintomas e, por isso, sobrecarregam o potencial assistencial do sistema de saúde. A situação é de dependência progressiva dos familiares que, sendo o suporte mais próximo de que dispõem, tendem a usá-los nas atividades de autocuidado. É percebida pelo relato dos participantes do estudo uma boa interação com os enfermeiros e com o suporte instituído, através da simpatia e optimismo transmitido, porém a relutância para a mudança de hábitos e de comportamentos é uma dificuldade permanente bem como frequentes são

as expressões *”não consigo”*, *“não vale a pena”* ou *“se ando 100m já não consigo andar mais”*.

Não obstante a implicação multifactorial da insuficiência cardíaca, a que parece ser mais afetada é a da atividade física, dada a intolerância à mobilidade. Conforme já referido, é comum, associada à IC, coexistir um IMC de sobrepeso e mesmo de obesidade. Esta coexistência vem dificultar a já débil tolerância ao esforço por parte do doente.

A Enfermagem parece ser capaz, mais uma vez, de dotar o doente de técnicas e competências quanto à **conservação de energia** para evitar situações de fadiga. Pausas frequentes e a realização das atividades de forma fracionada tendo em conta o reconhecimento dos primeiros sinais de fadiga são competências que o enfermeiro parece ser capaz de conseguir mostrar ao doente para que este possa conhecer-se e reconhecer-se. É importante que o doente tenha conhecimento de si mesmo e das suas limitações para que possa lidar com os sintomas que advêm da doença e de que esta é, assumidamente, limitadora, porém, pode ser controlada mantendo uma **qualidade de vida que se coadune com as expectativas do doente**. O Enfermeiro atua assim no campo da educação em saúde como instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade sendo que o alvo dos seus cuidados deverá ter em conta, quer o doente, quer a família, quer qualquer outro cuidador informal (Reveles & Takahashi, 2007).

Num estudo prospectivo, realizado no Brasil, com 101 doentes, a má adesão à terapêutica e às estratégias não-farmacológicas foram identificados como sendo um dos fatores precipitantes mais frequentes de novos episódios de urgência e admissão hospitalar, 64%. Destes, 22% apresentaram ainda maus cuidados com a alimentação, 6% uso irregular da terapêutica e 37% ambos, alimentação e má adesão à terapêutica (Aliti, Rabelo, Domingues, & Clausell, 2007). Ainda que este estudo seja para a realidade brasileira de Rio Grande do Sul, esta não será muito desviada da realidade em Portugal sendo que, *“(…) em Portugal, um estudo feito com recurso à base nacional de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) avaliou a tendência dos episódios de internamentos por IC e verificou que entre 2000 e 2015 o número de doentes internados por IC duplicou.”* porém *“(…) salienta-se que, em Portugal, não foram feitos estudos de actualização de prevalência da IC, motivo pelo qual se recorreu às prevalências do estudo “Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem” - EPICA (realizado entre 1998 e 2000) e às estimativas de população do INE.”* (Fonseca, Brás, Araujo, & Ceia, 2018, p. 102), sendo este facto uma franca limitação ao conhecimento dos números efetivamente atuais.

Um estudo de 2016 estima uma prevalência global média para a IC após os 60 anos de 11,8%, confirmando a magnitude do problema da IC e as suas proporções epidémicas para o século XXI, que estarão na génese de gastos consideráveis em recursos para a saúde. Torna-se cada dia mais evidente a necessidade de priorizar a IC, na agenda para a saúde, aos vários níveis do Sistema Nacional de Saúde, em Portugal, como em todo o mundo industrializado (van Riet, Hoes, Wagenaar, Limburg, Landman, & Rutten, 2016).

Tendo estes dados em consideração, facilmente se depreende que a enfermagem especializada e dedicada a esta vertente do cuidar ao doente e sua família tem um significativo universo de oportunidades de intervenção demonstrando a sua preponderância, quer no cuidar, quer no educar, quer nas monitorizações e na vigilância ao doente potencialmente crítico.

Quando o doente aprende a controlar o seu nível de energia, consegue ter um nível funcional mais elevado, preservando a sua independência (Vasconcelos, Said, de Oliveira, & Marques, 2009).

O enfermeiro deve assumir o papel de educador, transformador e emancipador no processo de adaptação do doente a um estilo de vida que melhor se adapta à sua condição clínica onde imperam as mudanças de comportamentos e a manutenção, tanto quanto possível da autonomia no autocuidado e nas tarefas diárias (Lessa, Frossard, & Queluci, 2010).

A consciencialização do doente e dos seus familiares quanto à existência do problema é a base de todo o trabalho desenvolvido bem como o esclarecimento sobre as principais estratégias a adotar para conseguir superar o défice de autocuidado ou eventuais outras dificuldades (Moura, 2015).

Quando questionamos o impacto de uma determinada patologia na QV do doente há que ter instrumentos para **determinar** esse impacto, **quantificá-lo**, **objetivá-lo**.

O interesse em desenvolver um **instrumento de avaliação da QV** surge na década de 70 (Paula, 2013).

Para o desenvolvimento deste instrumento concordou-se globalmente sobre os aspetos a abordar quando se pretende estudar a QVRS, sendo estes:

- A saúde em geral;
- Funcionamento do indivíduo sob o ponto de vista físico, emocional, cognitivo e sexual;
- O desempenho nos seus papéis sociais;
- Os sintomas físicos e a toxicidade medicamentosa;

- O bem-estar social e os contextos existenciais

(Canavarro & Serra, 2010).

Quanto às características do instrumento de avaliação da QVRS, este deve garantir ser:

- Adequado ao problema de saúde que se pretende avaliar;
- Válido, ou seja, a capacidade de medir realmente aquilo que se pretende medir referindo-se à sua capacidade de representar o objeto de estudo;
- Sensível e Fiável, ou seja, sendo coerente na produção de resultados idênticos quando aplicado repetidamente ao mesmo indivíduo e nas mesmas condições;
- Sensível a mudanças clinicamente importantes no mesmo indivíduo no decorrer do tempo ou entre indivíduos;
- Baseado em dados gerados pelos próprios doentes

(Carrilho, 2012), (Praça, 2012).

Não havendo um consenso sobre a definição de QV, o primeiro passo para o desenvolvimento do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Questionnaire foi a definição do conceito. Assim, a World Health Organization (WHO) definiu qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (The WHOQOL Group, 1995)

O WHOQOL Questionnaire foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original. É um conceito amplo e subjectivo que abrange a complexidade holística da pessoa e a inter-relaciona com o meio ambiente. Debruça-se sobre aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. A definição do Grupo WHOQOL tem presente a subjetividade da própria avaliação sendo que esta é fruto da percepção de cada pessoa avaliada (Fleck, 2000) refletindo assim uma **percepção individual na qual estão implicados os valores, crenças, expectativas e preferências individuais intrínsecas à pessoa avaliada**. (Monteiro M. J., 2011).

Outros instrumentos de medida genéricos são: o Medical Outcomes Short-Form 36 (**MOS SF-36**), o Nottingham Health Profile (NHP), o Sickness Impact Profile (SIP), o EuroQoL (**EQ-5D**) e o Health Utility Index (HUI) (Praça, 2012); (Oliveira, 2010); (Gonçalves, 2010).

Estes instrumentos, genéricos, permitem fazer avaliações globais, uma vez que têm a capacidade de avaliar múltiplas dimensões da QV. Destinam-se à população em geral podendo ser utilizados em qualquer tipo de doente bem como em indivíduos saudáveis (Oliveira, 2010).

Ainda que grande parte destes instrumentos de avaliação da QV tenham sido desenvolvidos em culturas de língua inglesa, foram alvo de adaptação e validação em outros países e culturas havendo a necessária preocupação com as propriedades particulares de cada novo contexto onde os mesmos foram aplicados (Praça, 2012).

Tomando como exemplo da dificuldade de avaliação da QV, o WHOQOL é constituído por 100 questões divididas por seis domínios (Fleck, 2000). Mais tarde e tentando uma melhor e mais sucinta aplicabilidade do questionário, a WHO desenvolveu o WHOQOL – Bref, versão abreviada do questionário seu antecessor. O WHOQOL – Bref é constituído por 26 questões abrangendo os quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (World Health Organization, 1996).

O **MOS SF-36** foi originalmente criado por Jonh Ware Jr. e Cathy Sherbourne. A versão Portuguesa do mesmo, que recebe o nome de “**Questionário de Estado de Saúde**” (ANEXO I) pode ser consultada no Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde [RIMAS]. Este instrumento de avaliação da QV pretende avaliar a auto percepção do estado de saúde individual através de um questionário genérico de autopreenchimento. O processo de validação e adaptação cultural e linguística deste questionário foi realizado por (Ferreira, 2011).

Este questionário contém 36 itens de resposta fechada. Permite avaliar oito dimensões de saúde: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental. Permite, ainda, agrupar os itens ainda em duas componentes: física e mental (Rodrigues M. A., 2007), (Ferreira P. L., 2011).

O MOS SF-36 ou na, versão Portuguesa, Questionário de Estado de Saúde é tido como o instrumento genérico mais utilizado na área de saúde (Nogueira-Martins, 2010). Ambos os autores o consideram apropriado para a avaliação da QVRS, tanto em pessoas saudáveis como doentes, sendo de breve e fácil aplicação, para além de possuir características psicométricas muito boas.

O EuroQoL (**EQ-5D**) (ANEXO II) é outro instrumento de avaliação da QVRS. Desenvolvido pelo grupo EuroQoL e publicado em 1990 é baseado numa auto-avaliação da saúde do doente que tem em conta cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor / mal-estar e ansiedade / depressão. É usada uma escala de

classificação igual para todas as dimensões: (1) Sem problemas, (2) Problemas ligeiros, (3) Problemas moderados, (4) Problemas graves, (5) Problemas extremos ou incapacitantes (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013).

Seguidamente o doente é convidado a usar uma escala visual analógica para classificar de 0 (zero) a 100 o seu estado de saúde atual sendo zero “A pior saúde que possa imaginar” e 100 “A melhor saúde que possa imaginar.

A avaliação através do questionário EuroQoL contempla o uso das duas componentes mais vulgarmente utilizadas pelos investigadores e prestadores de cuidados apenas interessados na obtenção de informação sobre o impacto do estado de saúde na vida e na qualidade de vida dos indivíduos (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013).

Neste relatório, o destaque dado ao MOS SF36 e ao EuroQoL relaciona-se com o facto de serem ambos os mais usados, no panorama nacional, para avaliação da QVRS.

REFERÊNCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

“Até que esta profissão seja reconhecida e recompensada como merece por toda a gente, as enfermeiras continuarão a ter problemas em reconhecer o seu próprio valor, em afirmar a sua identidade e a envolverem-se completamente”

(Benner, 1984)

No início do Sec. XX, a enfermagem não era, nem uma disciplina académica, nem uma profissão (Tomey & Alligood, 2004) e apesar de se assistir ao desenvolvimento da Enfermagem desde Nightingale admite-se que o sentido social do papel que desempenham os enfermeiros é progressivamente mais difícil explicar (Morais, 2012). Para (Pearson & Vaughan, 1992) existe um défice de conhecimento concetual que leva a que cada enfermeiro exerça a sua prática de acordo com a imagem que interiorizou da profissão.

A afirmação da Enfermagem como ciência é fruto de diversos fatores de onde se destacam as concretizações dos seus próprios objetos, modelos, conceitos e conceptualizações, pensamento crítico e teorizações. Fatores que, ao longo do tempo, vêm determinando a Enfermagem como uma ciência com prática esclarecida e específica na prestação de cuidados à comunidade segundo processos reflexivos próprios e com teorias e modelos conceptuais próprios (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996).

Neste contexto histórico do processo de evolução da enfermagem foram surgindo vários modelos conceptuais, várias escolas e correntes de pensamento que contribuíram para o

desenvolvimento dos conhecimentos científicos aplicados à prática do cuidar (Serrano, 2018). Os cuidados prestados à pessoa não deverão ser fruto de um entendimento próprio do enfermeiro face à sua profissão mas sim de um profundo conhecimento da evolução da Enfermagem e dos seus modelos, integrando o que valoriza de cada um deles para poder construir o seu próprio cuidar, consubstanciando os cuidados prestados pelo referencial teórico adequado (Morais, 2012).

A “**Teoria do autocuidado**” de Dorothea Orem acrescenta objetividade ao modelo da “Independência na satisfação das necessidades humanas básicas” de Virgínia Henderson. Ambas as teóricas centram o conceito de Enfermagem na auto-assistência e manutenção da qualidade de vida da pessoa em estado de equilíbrio. Estes modelos são os mais representativos dentro do paradigma da Integração e corrente de pensamento designada por “Escola das Necessidades” (Tomey & Alligood, 2004).

Kérouac, na sua obra onde reúne a análise dos principais modelos sobre a prática da Enfermagem, reflete sobre o fato de todos eles apresentarem a Enfermagem como complexa e de difícil representação. Ainda assim, todos eles conceptualizam a Enfermagem à volta de quatro conceitos meta-paradigmáticos: os **Cuidados**, a **Pessoa**, a **Saúde** e o **Ambiente** (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996). Assim, a análise dos diferentes modelos de Enfermagem será sempre de realizar à luz destes conceitos uma vez que são transversais a todos eles.

A própria Ordem dos Enfermeiros em Dezembro de 2001, através do Conselho de Enfermagem, emana um documento “*Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos*” cujo objetivo é definir os conceitos que serão a base de trabalho do exercício profissional dos enfermeiros em Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Este documento é coadjuvado pelo documento “*Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*” emanado pelo Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica em reunião de Novembro de 2017 (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Em ambos os documentos, encontramos os mesmos quatro conceitos meta-paradigmáticos.

Dorothea Orem, em 1958 explicou o autocuidado como uma necessidade humana e a Enfermagem como um serviço humano; enfatizou a preocupação especial da Enfermagem pela necessidade que o ser humano tem de ter acções de autocuidado continuamente para manter a vida e a saúde ou para recuperar da doença ou de lesões (Tomey & Alligood, 2004).

Para (Martins, 2015) o autocuidado consiste na realização de ações voluntárias e deliberadas dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, com o objetivo de manter a vida, saúde e bem-estar.

A **teoria do déficit do autocuidado** remete para o período entre 1959 e 2001, altura em que a autora, Dorothea Orem, desenvolveu os seus estudos com doentes principalmente da área da reabilitação (Gonzalo, 2014) contexto onde a mesma descreve ser tão fácil observar o déficit de autocuidado (Orem, 2001).

A grande teoria de Orem na verdade é composta por três teorias. (1) **Teoria do autocuidado**, (2) **Teoria do déficit de autocuidado**, (3) **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, esta última uma teoria de médio alcance (Tomey & Alligood, 2004).

Na sua obra, Orem identifica três tipos de sistemas: (1) **Totalmente compensatório** (O enfermeiro faz pelo doente), (2) **Parcialmente compensatório** (O enfermeiro ajuda o doente a realizar uma tarefa por si próprio), (3) **Apoio e educação ao doente** enfatizando o papel do enfermeiro na conceção dos cuidados (Gonzalo, 2014).

A condição que valida a necessidade de enfermagem num adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e a qualidade do autocuidado. Quando ausente a capacidade de autocuidado, o enfermeiro institui cuidados segundo um dos sistemas acima enunciados (Orem, 2001).

Como referido anteriormente, na ação da Enfermagem estão sempre presentes os quatro conceitos meta-paradigmáticos. Como tal Orem, define-os como:

Pessoa:

É definida como "homens, mulheres e crianças com necessidades de cuidados ou autocuidados terapêuticos, individualmente ou como unidades sociais.

Saúde:

Capacidade de executar tarefas para satisfação do autocuidado.

Ambiente:

Inclui o contexto família, cultura e comunidade e pressupõe ser um ambiente favorável à relação Doente - Enfermeiro

Cuidados de Enfermagem:

Assistência especializada que visa o autocuidado terapêutico instituída pelo Enfermeiro tendo em conta o grau de incapacidade da pessoa (Orem, 2001).

Orem's Self-Care Theory Conceptual Framework



(Fig.1 – Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Fonte: (Orem, 2001).)

Numa rápida explicação da Teoria dos Sistema de Enfermagem (Figura 1), é o produto de uma série de relações entre as pessoas: Enfermeiro e Doente. Esse sistema é ativado quando a necessidade de autocuidado do doente excede a sua capacidade de realizar as tarefas inerentes a essa necessidade (Défice) levando à necessidade do autocuidado terapêutico prestado pelo enfermeiro.

A teoria de Orem é relativamente simples mas generalizável para aplicar a uma ampla variedade de pacientes. Explica os conceitos autocuidado, sistemas de enfermagem e défice de autocuidado. Além disso, a teoria de Orem valoriza as capacidades atuais do doente enfatizando que deve ser promovida a máxima intervenção do mesmo no autocuidado, mesmo que assistido pelo enfermeiro.

Assim, a escolha deste referencial teórico para este relatório deve-se ao facto de os doentes insuficientes cardíacos, classes III e IV serem efetiva e comprovadamente pessoas com défices de autocuidado como o demonstra (Moura, 2015) na sua dissertação de mestrado, onde apresenta os resultados entre as páginas 53 e 58 e que, a título de exemplo cito: “As atividades para a concretização do autocuidado “higiene pessoal” que apresentam maior percentagem de doentes com alguma falta de ar são “lavar e secar os membros inferiores”, que ocorre em 15,6% dos participantes”.

É manifestamente evidente a aplicabilidade deste modelo simples mas simultaneamente complexo no âmbito do tema de interesse deste relatório.

1.3. PERCURSO METODOLÓGICO

A terminologia “revisão da literatura” é genérica. É geralmente usada para definir qualquer tentativa de sintetizar resultados de duas ou mais publicações sobre o mesmo tema (Ramalho, 2005).

A metodologia de revisão através de uma Revisão Scoping oferece um vasto leque de opções de forma a possibilitar ao autor mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa bem como esclarecer definições de trabalho e/ou limites conceptuais de um tópico. Permite ajudar os revisores a identificar e a definir questões mais precisas e critérios de inclusão adequados, como as intervenções, comparadores e resultados de interesse (The Joanna Briggs Institute, 2015) sendo este documento do The Joanna Briggs Institute o referencial para a metodologia usada bem como as etapas sugeridas.

Assim, foi formulada a seguinte questão de investigação, orientadora da revisão pretendida: **“Qual o contributo da cirurgia valvular para a qualidade de vida da pessoa com insuficiência cardíaca?”**

População: Pessoas com insuficiência cardíaca;

Conceito: Impacto na qualidade de vida;

Contexto: Contributo da cirurgia valvular;

Em favor do que se achou serem consideradas as melhores palavras-chave para a pesquisa foram validados no MeSH os descritores (em inglês) correspondentes: **“Qualidade de vida / Quality of Life”, “Valvuloplastia / Annuloplasty” “Cirurgia cardíaca / Thoracic Surgery”, “Mitral / Mitral”, “Aortica / Aortic”**.

Como estratégia de pesquisa recorreu-se aos operadores booleanos “OR” e “AND” para combinar cada um dos descritores entre si e, deste modo, encontrar pelo menos um dos termos da pesquisa, resultando a seguinte **fórmula booleana:**

Quality of life AND (Annuloplasty OR Thoracic Surgery) AND (Mitral OR Aortic).

A pesquisa eletrónica foi realizada entre os dias 27 e 28 de Dezembro. Foi usada a plataforma de pesquisa **PuBMed, ResearchGate e EBSCOhost-Research Databases**. Esta terceira plataforma permite ainda a pesquisa em simultâneo em diversas outras bases de dados científicas, nomeadamente: **CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of**

Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina.

Foi estabelecido um período temporal limitador da pesquisa sendo selecionados artigos publicados no período entre 2010 e 2019 com acesso livre à totalidade do texto.

Devido à eventual necessidade de interpretação do texto em língua estrangeira a seleção dos artigos teve em consideração apenas artigos publicados em português (Portugal e/ou Brasil), inglês e espanhol.

Dos estudos encontrados foram selecionados artigos cujo título contivesse dois ou mais descritores sendo estes selecionados para leitura do resumo. Após leitura do resumo foi aferida a sua pertinência para a investigação e, destes, aqueles cujo resumo era de interesse para o tema e para a pergunta formulada foram selecionados para leitura integral.

Assim, além dos critérios para seleção dos artigos foram ainda determinados critérios de interesse para dar resposta à pergunta formulada sendo discriminados como:

Crítérios de Inclusão:

- Artigos que relacionassem a avaliação da qualidade de vida com a cirurgia valvular;
- Artigos que tivessem uma avaliação da qualidade de vida pré e pós cirurgia valvular,
- Artigos que apresentassem avaliação da qualidade de vida com instrumentos previamente validados.

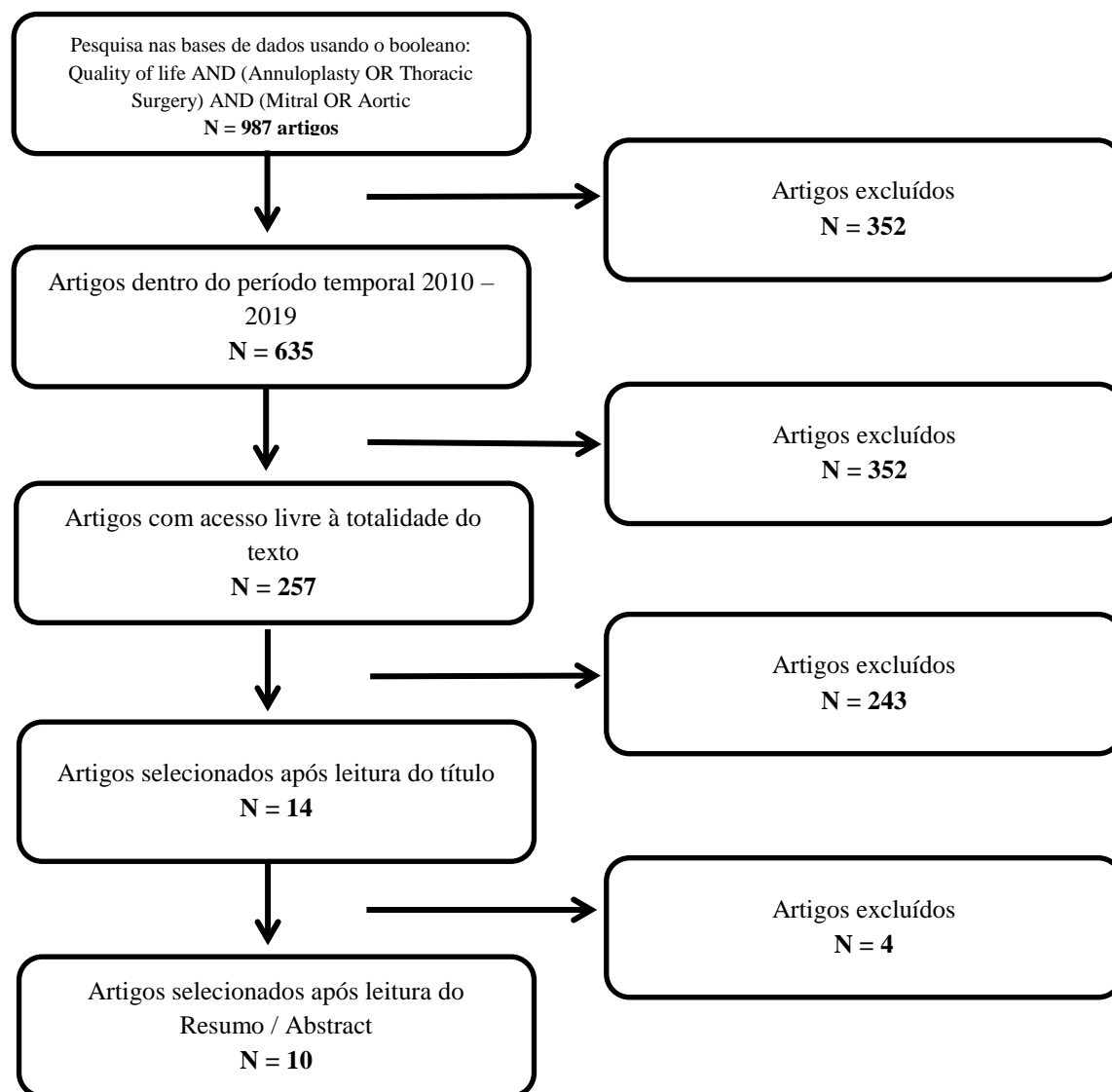
Crítérios de Exclusão:

- Artigos que dissessem respeito a cirurgia pediátrica;
- Artigos que dissessem respeito a doentes submetidos a cirurgia torácica que não apenas valvuloplastia,

Depois de aplicados os critérios de seleção, as limitações temporais e restantes restrições descritas, obteve-se um total de dez publicações que representam a amostra do presente estudo. Após a leitura integral da amostra não se procedeu a mais nenhuma exclusão.

De acordo com as recomendações sugeridas pelo *The Joanna Brigs Institute*, a metodologia descrita é representada no “Diagrama PRISMA” (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

DIAGRAMA PRISMA” (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).



1.4. RESULTADOS OBTIDOS

Para uma melhor compreensão das informações contidas nos artigos selecionados, procedeu-se a uma apresentação em formato tabela com o resumo das informações mais pertinentes respeitantes a cada artigo selecionado. Esses resultados estão representados na Tabela1.

Tabela 1: Síntese dos artigos selecionados

| Estudo | Título | Autor | Ano | Objetivo do estudo | Amostra | Metodologia do estudo |
|--------|--|---|------|--|--|-----------------------------------|
| E1 | “Cirurgia de substituição de válvula aórtica melhora a qualidade de vida dos doentes?” | Pedro Colheo Lara Ferreira Clara Vital Jose Fragata | 2018 | Avaliar a QV relacionada com a saúde pós-implantação de prótese aórtica e relacionar com a QVRS pré-operatória usando os instrumentos de avaliação da QV: SF6D e o SF36. | Doentes submetidos a cirurgia valvular entre Agosto 2011 e Abril 2016. N= 506 . | Estudo retrospectivo. |
| E2 | “Quality of life following heart valve replacement in the elderly” | Marco Spaziano Michel Carrier Michel Pellerin Manon Choinère | 2010 | Avaliar <i>status</i> funcional a longo prazo bem como a QV de octogenários após cirurgia valvular. | Doentes que aceitaram participar no estudo e responderam aos instrumentos de avaliação da QVRS. N= 52 | Estudo retrospectivo |
| E3 | “Health-Related Quality of Life after Valve Replacement Surgery” | Parviz Namizi Seyed Saeed Hosseini Noordin Mohammadi | 2015 | Comparar scores do questionário <i>Heart-Related Quality of Life</i> pré e pós cirúrgico em doentes submetidos a cirurgia valvular. | Doentes submetidas a cirurgia valvular. N= 102 | Estudo transversal descritivo |
| E4 | “Health-related quality of life of patients after mechanical valve replacement surgery: An integrative review” | Linda J. Thomson Mangnall Robyn D. Gallagher David W. Sibbritt Margaret M. Fry | 2015 | Identificar o impacto na QV da cirurgia de substituição valvular mecânica a curto e longo prazo. | Oito estudos pesquisados em bases de dados com data de publicação 2000 a 2013. N= 826 | Revisão integrativa da literatura |
| E5 | “Surgical aortic valve replacement in patients older than 75 years: Is there really a quality of life Benefit?” | Charlotte van Laar Peter C. Kievit Luc Noyez | 2015 | Avaliar os resultados da cirurgia valvular aórtica (CVA) e eletiva na QV de doentes com idade superior a 75 anos. | Doentes com mais de 75 anos submetidos a substituição valvular aórtica entre 2008 e 2011. N= 138 | Estudo retrospectivo |
| E6 | “Quality of life after mitral valve intervention” | Matthew K.H.Tan Omar A. Jarral Elizabeth H. E. Thong Emaddin Kidher Rakesh Uppal Prakash Punjabi Thanos Athanasiou | 2017 | Providenciar uma visão detalhada sobre o impacto da cirurgia valvular mitral (CVM) na QV dos doentes. | 43 estudos pesquisados em bases de dados, N= 6865 | Revisão sistemática da literatura |
| E7 | “Aortic valve replacement surgery improves the quality of life of octogenarians with severe aortic stenosis” | Dina Bento Pedro Coelho João Lopes José Fragata | 2019 | Determinar o impacto da cirurgia valvular aórtica na QV em doentes octogenários. | Doentes com idade = ou > 80 anos, submetidos a cirurgia valvular unicamente aórtica entre 2011 e 2015. N= 81 . | Estudo retrospectivo |
| E8 | “Measuring what matters to the patient: health related quality of life after aortic valve and thoracic aortic surgery” | Frederiek Heer Arien Gökulp Jholanda Kluin Johanna Takkenberg | 2019 | Aflorar o conhecimento e evidência científica atual quanto ao estudo da QV nos doentes submetidos a cirurgia valvular aórtica. | N/A | Revisão narrativa da literatura |
| E9 | “A Systematic review on the quality of life benefits after aortic valve replacement in the elderly” | Leonard Shan Akshat Saxena Ross McMahon Andrew Wilson Andrew Newcomb | 2013 | - Investigar o impacto e/ou benefício da CVA na QVRS em doentes com idade = ou > a 70 anos, - Resumir a literatura dos últimos 20 anos, pontos fortes da evidência científica e pontos com informação mais deficitária, - Delinear <i>guidelines</i> para futura investigação, | Estudos sobre qualidade de vida pós valvuloplastia aórtica em doentes com idade = ou > a 70 anos, com data de publicação posterior a 2000. | <i>Expert Review</i> |
| E10 | “The impact of surgical aortic valve replacement on quality of life – A multicenter study” | Fredrike Blokzijl Saskia Houterman Bart van Straten Edgar Daeter George Bruinsma Willem Dieperink Michiel F. Reneman Frederik Keus Iwan van der Horst Massimo A. Mariani | 2019 | Estudar o impacto da CVA na qualidade de vida particularmente em doentes com risco de deterioração. | Doentes submetidos a CVA no período de Janeiro 2011 e Janeiro 2015 e que responderam à avaliação da QV pré e pós cirurgia. N= 899 | Estudo de Cohort |

1.5. DISCUSSÃO

Dos resultados obtidos da análise dos artigos selecionados através da metodologia sugerida pelo (The Joanna Briggs Institute, 2015), emergiram 10 estudos, todos eles realizados em países desenvolvidos, dois Australianos, dois Portugueses, um Canadiano, um Iraniano, um Inglês e três Holandeses. Doravante e para facilitar a leitura dos próximos parágrafos, os artigos serão referenciados como de E1 a E10 (Estudo 1 a Estudo 10).

Parecendo pertinente começar pela realidade encontrada em Portugal, os estudos E1 e E7 foram realizados por investigadores portugueses em Portugal.

O estudo E1 reporta-se a doentes submetidos a cirurgia valvular, independentemente da sua idade, e compara os scores da avaliação da QVRS, através do recurso ao questionário SF36, quer com os scores pré-operatórios, quer com a QVRS em geral da população portuguesa, não doente e da mesma faixa etária. Trata-se mesmo do primeiro estudo realizado em Portugal a fazê-lo usando um instrumento validado para a população portuguesa (Coelho, Ferreira, Vital, & Fragata, 2018).

Quer o estudo E1, quer o E7 transmitem uma fiel e clara “fotografia” da tipologia dos doentes submetidos a cirurgia em Portugal. No estudo E1, dos 506 doentes da amostra, 86% apresentam hipertensão arterial (HTA), 68,6% são diabéticos, 72,8% apresentam hipercolesterolémia e, em média, apresentavam um IMC de 28,3. Na sua maioria (54,3%) encontram-se em classe III da classificação funcional da insuficiência cardíaca da NYHA.

O estudo E7 desenvolve uma investigação semelhante a E1, porém, tem em conta apenas doentes submetidos a cirurgia valvular com idade superior a 80 anos. Dos 81 doentes da amostra, com uma média de idades de 83 anos, 74,1% apresentam HTA, 24,7% apresentam obesidade e, na sua maioria (58%), encontram-se em classe II da classificação funcional da insuficiência cardíaca da NYHA (Bento, Coelho, Lopes, & Fragata, 2019).

Ambos os estudos têm um objectivo semelhante e apresentam monitorização da QVRS nos momentos 3 meses, 6 meses e 12 meses pós cirurgia.

Tendo em conta ambos os estudos, os resultados encontrados permitem observar que, em todas as dimensões, se verificou uma melhoria dos scores de avaliação do estado de saúde percebido pelos doentes. Com a cirurgia, a QVRS dos doentes aumenta progressivamente sendo que, após um ano, a média dos scores da avaliação da QVRS coincide com a população portuguesa em geral, não doente.

Em E7 observa-se a preocupação adicional com o índice de mortalidade pós-operatório imediato e até aos 30 dias. Esta preocupação deve-se ao facto de a amostra ser de doentes com idade avançada e os fatores de risco cirúrgicos serem mais elevados. Ainda assim, a taxa de mortalidade durante o período hospitalar pós-cirúrgico foi de 3,1%, o que representa um valor descrito como “*abaixo da média*” e “*aceitável*” sendo que os autores, face a estes resultados, consideram que a cirurgia deverá ser sempre considerada como uma opção na melhoria da QV e da QVRS, mesmo nesta faixa etária.

Estima-se que até 2031 a população com 80 ou mais anos represente cerca de 7% da população. A taxa de incidência da Estenose Aórtica Calcificada, por exemplo, representa 0,2% em idades dos 50-59 anos, 1,3 % em idades 60-69 anos, 3.9% em idades 70-79 anos e 9.8% em idades 80-89 anos (Blokzijl, et al., 2019). Assim, a idade avançada dos doentes é cada vez mais um desafio. Sendo objetivamente um fator de importância significativa para a decisão de submeter a pessoa a cirurgia valvular, a idade não deverá ser, *per si*, fator de exclusão. A evidência científica atual segundo (Spaziano, Carrier, Pellerin, & Choinière, 2010), (Laar, Kievit, & Noyez, 2015) e (Shan, Saxena, McMahon, Wilson, & Newcomb, 2013) revela que os *outcomes* “qualidade de vida” e “classificação funcional” não estão direta e inequivocamente relacionados apenas com o fator “idade”. As mesmas ilações são aferidas por (Mangnall, Gallagher, Sibbritt, & Fry, 2015) no seu estudo (E4) em que referem que o fator “idade” pode até ser um fator desviante da correta avaliação da QVRS pré e pós cirúrgicos. Neste estudo os doentes enumeraram fatores como o ruído da válvula mecânica e a necessidade de controlo sanguíneo mensal como fatores influenciadores da QVRS, na medida em que provoca alterações do sono e alterações no seu planeamento da vida pessoal, respetivamente. Ainda assim, estes autores referem que os doentes mais idosos têm uma melhor capacidade de reconceptualização da sua QVRS e os scores tendem em subir na avaliação dois anos pós cirurgia.

Ainda que muitos estudos haja sobre cirurgia valvular em idosos, a maioria reflete os seus resultados apenas no contexto da morbilidade e da mortalidade. O estudo da QVRS permanece ainda com muitas informações por esclarecer. Os estudos E2, E5 e E9 debruçam-se particularmente sobre a relação da avaliação da QVRS com a idade e com o género.

Fruto desta abordagem, e contextualizado na realidade canadiana, (Spaziano, Carrier, Pellerin, & Choinière, 2010), introduzem uma outra questão associada à idade – o destino pós alta clínica. Deverão os doentes receber alta para o domicílio ou para unidades de

convalescença para que possam implementar, de forma supervisionada, hábitos diários de autocuidado e de gestão de terapêutica? Os autores afirmam que esta decisão deverá ser individualizada e adaptada a cada doente, não havendo *guidelines* atuais para a mesma. Ainda assim, esta decisão pode ter reflexo quer na sobrevida a longo prazo, quer na melhoria da QVRS. Num trabalho de investigação com cerca de 8.000 doentes com idade média de 82,8 anos, citado no estudo E2, os autores afirmam ser um ponto-chave nos *outcomes*, a avaliação do *status* do doente no momento da alta quanto à sua capacidade de gestão, nomeadamente, do autocuidado e da terapêutica.

O estudo de (Heer, Gökalp, Kluin, & Takkenberg, 2019) encontra resultados surpreendentes quanto à gestão da terapêutica que de certa forma respondem à hipótese levantada por (Spaziano, Carrier, Pellerin, & Choinière, 2010). Neste estudo (E8), citam um trabalho de Cochrane em 2017 onde se verifica que os doentes que gerem a sua própria terapêutica anticoagulante tiveram melhores resultados na melhoria da QVRS bem como apresentaram menos complicações relacionadas com fenómenos tromboembólicos ou hemorrágicos. A gestão da terapêutica pelo doente revela ainda ser importante para diminuir a ansiedade e stress. Ainda que estes resultados sejam significativos, não deverão ser tidos como generalizáveis, mas sim reforçar a ideia de que deverá haver uma avaliação do *status* do doente no momento da alta. Nem todos os doentes parecem ter a capacidade de efetivamente gerir a terapêutica.

No estudo E2, o MOS SF36 como instrumento de avaliação da QVRS demonstrou que, em todas as dimensões, física e mental, houve uma melhoria da QVRS percecionada pelo doente mesmo em doentes com sintomas severos de ICC (Spaziano, Carrier, Pellerin, & Choinière, 2010).

De uma forma geral, os resultados quanto à diminuição da classe funcional são animadores sendo que após cirurgia valvular, esta melhora de um valor médio de 2.7 para 1.4 com mais de 95% dos doentes classificados como Classe I ou II após a cirurgia (Spaziano, Carrier, Pellerin, & Choinière, 2010).

O sedentarismo diminui de uma forma geral e os sintomas relacionados com a inatividade decrescem em consonância. O estudo E5 refere um decréscimo do sedentarismo de 40% para 29% do período pré-cirúrgico para o período de um ano pós-cirúrgico. A taxa de sobrevida é superior a 90% até ao segundo ano pós-cirúrgico e a avaliação da QVRS percecionada pelo doente mantém-se em valores aproximados ou superiores à população geral, não doente e da mesma faixa etária (Laar, Kievit, & Noyez, 2015).

Segundo o estudo E9, uma revisão sistemática, mesmo em idades avançadas, os doentes melhoram dos sintomas cardiovasculares; melhoram a sua perceção da QVRS e melhoram significativamente quanto a ganhos funcionais após cirurgia valvular (Shan, Saxena, McMahon, Wilson, & Newcomb, 2013). Este impacto significativo na QVRS percecionada pelos doentes, deve encorajar as equipas multidisciplinares a considerarem a cirurgia valvular, tendo em conta uma avaliação holística do doente e não apenas a sua idade.

Há, no entanto, uma questão que é afluída pelos vários estudos, nomeadamente (Heer, Gökalp, Kluin, & Takkenberg, 2019) que pode servir de fator desviante da avaliação da QVRS. Uma avaliação da QVRS pré-operatória baixa, habitualmente descrita pelos doentes mais sintomáticos, é preditor de uma melhoria na avaliação da QVRS pós-operatória. Pelo contrário, uma avaliação da QVRS pré-operatória alta, habitualmente descrita pelos doentes assintomáticos, é preditor de um decréscimo ou manutenção na avaliação da QVRS pós-operatória (Heer, Gökalp, Kluin, & Takkenberg, 2019). Isto sugere que os doentes assintomáticos consideram ter pouco a ganhar com a cirurgia e muito a perder em termos de QV. Assim, o *Patient Empowerment* deverá ser tido em conta no momento da tomada de decisão de ser ou não submetido a cirurgia valvular ou, caso haja possibilidade, optar por cirurgia minimamente invasiva como é o exemplo da cirurgia através da técnica de *Transcatheter Aortic Valve Replacement* (Blokzijl, et al., 2019).

Todos os artigos se reportam ao conceito “Qualidade de Vida” e à avaliação desta como um conceito obrigatório que deve ser avaliado previamente ao ato cirúrgico. Os scores pós-cirúrgicos, idilicamente, deverão ser comparados com os scores do mesmo doente previamente à cirurgia e não apenas compará-lo com a população geral, não doente da mesma faixa etária. (Laar, Kievit, & Noyez, 2015).

O estudo E3, que resulta de uma investigação integrada numa tese de mestrado em cuidados de enfermagem ao doente crítico com uma amostra N=102 (Namazi, Hosseni, & Mohammadi, 2015), apresenta uma tabela comparativa dos scores da avaliação da QVRS nos dois momentos pré e pós cirúrgico. Em todas as dimensões, emocional, física e social há melhorias significativas após a cirurgia valvular. Ainda que o estudo E3 não compare avaliação da QVRS entre géneros, cita o estudo de Falkvz et al.2002 onde os achados foram de que as mulheres tendem a ter scores de avaliação da QVRS mais baixos pré-cirurgia, aparentemente um factor relacionado com maior incidência de sintomas depressivos no género feminino.

No estudo E8, os autores citam Perchinsky M, Henderson C, Jamieson WR, et al, que no seu estudo recorrem ao uso do “Valve Specific Questionnaire”. Este questionário consegue

resumir a QVRS pós-operatória verdadeiramente percebida pelo doente quanto às várias dimensões da QV em apenas uma poderosa questão: “Tendo em conta o seu estado de saúde atual e se pudesse voltar atrás, decidiria submeter-se novamente à cirurgia?” Esta questão pretende que o doente pese todos os prós e contras que encontra atualmente no seu estado de saúde, segundo a sua apreciação certamente subjetiva, as suas crenças, os seus princípios e valores, e responda Sim ou Não (Heer, Gökalp, Kluin, & Takkenberg, 2019).

O estudo E8 concorda com os demais estudos quanto à dificuldade de avaliar objetivamente a QVRS dado esta ser fruto de fatores maioritariamente intrínsecos à própria pessoa. Não havendo concordância quanto ao melhor instrumento para a avaliação da QVRS, os autores sugerem que no futuro, em próximos estudos, possam ser usadas as novas tecnologias, como por exemplo monitores de atividade física ou biomarcadores para aferir mais objetivamente a capacidade funcional dos doentes no período pós-cirúrgico (Tan, et al., 2017).

1.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tradicionalmente, os *outcomes* a longo prazo após cirurgia valvular centram-se na mortalidade, morbidade e recorrência da patologia. Com a introdução do estudo da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, ganha contorno essencial o “*Patient Empowerment*” e o “*Patient Assessment*” na decisão entre a gestão sintomática e médica da patologia e a cirurgia valvular (Heer, Gökalp, Kluin, & Takkenberg, 2019), sendo que Qualidade de Vida é o que o doente afirma ser. A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é definida como uma abordagem multidimensional a um conceito subjetivo e individual da percepção dos aspetos físicos, psicológicos e sociais que são afetados pela patologia ou podem vir a ser afetados pelo seu tratamento (Tan, et al., 2017). É a discrepância entre o *status* actual e o *status* desejado pelo doente no que diz respeito ao seu estado de saúde e ao seu bem-estar geral relacionado com a saúde (Mangnall, Gallagher, Sibbritt, & Fry, 2015).

Numa resposta direta à questão “**Qual o contributo da cirurgia valvular para a qualidade de vida da pessoa com insuficiência cardíaca?**” podemos aferir desta revisão da literatura que o impacto é, de uma forma geral, positivo ou francamente positivo (Shan, Saxena, McMahon, Wilson, & Newcomb, 2013). Tomando como exemplo o estudo com uma amostra significativa de N = 899 doentes, os scores da dimensão física subiram de 55 para 66 e na dimensão mental de 60 para 66 com recurso ao questionário MOS SF36

(Blokzijl, et al., 2019). Na revisão da literatura levada a cabo por (Tan, et al., 2017) com uma amostra total N = 6865 doentes, os autores concluem que há benefícios para a QVRS da cirurgia valvular com alguns resultados a mostrar que os scores de avaliação chegam a ser até superiores à população geral, não doente e da mesma faixa etária. Outro estudo refere que esses ganhos são evidentes logo aos três meses pós-cirurgia e consistentemente melhorados até aos 12 meses pós cirurgia (Bento, Coelho, Lopes, & Fragata, 2019).

Ainda que o primeiro estudo a ter em consideração a QVRS remonte a 1976 é surpreendente que não se encontrem na literatura estudos com maior evidência científica. Todos, sem exceção, afirmam que os ganhos são evidentes porém demonstram sempre nas suas limitações algumas fragilidades. A dificuldade em estabelecer contato com os doentes a longo prazo ou a dificuldade destes aceitarem responder ao questionário passados três ou quatro anos pós cirurgia leva a que a amostra total de doentes, com avaliação pré e pós cirurgia, seja diminuída face ao total de doentes submetidos a cirurgia valvular. Ainda assim, a unanimidade impera nos estudos abordados nesta revisão que não têm dúvidas em afirmar na sua conclusão que o impacto da cirurgia valvular no doente insuficiente cardíaco é positivo e que a cirurgia valvular deve ser sempre uma opção a considerar como parte do tratamento.

Dos 10 artigos retratados nesta revisão da literatura, apenas dois se reportam a trabalhos realizados por enfermeiros ou por grupos de trabalho em que incluem a classe profissional de enfermagem, o estudo E3 e o estudo E8. Face a este facto, poder-se-ia pensar ou afirmar que a Enfermagem tem um papel curto e discreto na abordagem do tema “qualidade de vida”. Este eventual pensamento é facilmente refutado face ao papel ativo e, diria, fundamental, na gestão dos défices multidimensionais que a ICC acarreta sendo o autocuidado o mais evidente, mais presente e impactante no dia-a-dia do doente. É, como foi referido na conceção teórica, um foco de enfermagem há vários anos e para o qual existem teorias, intervenções e *outcomes* para assistir o doente na gestão dos défices apresentados tendo em conta, não apenas a preparação para a cirurgia e período pós cirúrgico, mas a gestão sintomática e do seu impacto no autocuidado, independentemente de este estar referenciado para cirurgia ou não.

A implementação de intervenções que visem diminuir o impacto do défice de autocuidado serão sempre a base do trabalho do enfermeiro perante o doente e a sua família. A avaliação das necessidades do doente contribui para a crescente melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Coelho, P., Ferreira, L., Vital, C., & Fragata, J. (2018). A Cirurgia de Substituição Valvular Aórtica Melhora a Qualidade de Vida dos Doentes? *Revista científica da Ordem dos Médicos*, 399 - 408.
- Spaziano, M., Carrier, M., Pellerin, M., & Choinière, M. (2010). Quality of life following heart valve replacement in the elderly. *The Journal of heart valve disease*, 524 - 532.
- Namazi, P., Hosseini, S. S., & Mohammadi, N. (2015). Health-Related Quality of Life after Valve Replacement Surgery. *Client-Centered Nursing Care*, 91 - 95.
- Mangnall, L. J., Gallagher, R. D., Sibbritt, D. W., & Fry, M. M. (2015). Health-related quality of life of patients after mechanical valve replacement surgery: An integrative review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16 – 25.
- Laar, C. v., Kievit, P. C., & Noyez, L. (2015). Surgical aortic valve replacement in patients older than 75 years: is there really a quality of life benefit? *Netherlands Heart Journal*, 174 - 179.
- Tan, M. K., Jarral, O. A., Thong, E. H., Kidher, E., Uppal, R., Punjabi, P. P., & Athanasiou, T. (2017). Quality of life after mitral valve intervention. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 265–272.
- Bento, D., Coelho, P., Lopes, J., & Fragata, J. (2019). Aortic valve replacement surgery improves the quality of life of octogenarians with severe aortic stenosis. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 252 - 258.
- Heer, F. d., Gökalp, A. L., Kluin, J., & Takkenberg, J. J. (2019). Measuring what matters to the patient: health related quality of life after aortic valve and thoracic aortic surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*, 37 - 43.
- Shan, L., Saxena, A., McMahon, R., Wilson, A., & Newcomb, A. (February de 2013). A systematic review on the quality of life benefits after aortic valve replacement in the elderly. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 1 - 17.
- Blokzijl, F., Houterman, S., Straten, B. H., Daeter, E., Bruinsma, G. J., Dieperink, W., . . . Mariani, M. A. (September de 2019). The impact of surgical aortic valve replacement on quality of life – a multicenter study. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Dicionário da Língua Portuguesa define a palavra “Competência” como “capacidade ou suficiência fundada em aptidão” para cumprir alguma tarefa ou função (Dicionários Priberam, 2020)

O saber profissional de enfermagem é um saber prático ou maioritariamente prático, frequentemente baseado na evidência do dia-a-dia em complementaridade com a fundamentação da teoria. Aprendizagem define-se como uma aquisição de saberes e condutas e a aptidão de as adaptar a casos novos, de as modificar em função de situações insólitas, diferentes do habitual (Reboul, 1983).

O modelo de competência profissional que serve de alicerce ao desenvolvimento profissional do Enfermeiro divide a progressão individual dos profissionais em cinco níveis: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito (Dreyfus & Dreyfus, 1986). Este modelo é também alvo de abordagem no trabalho de Patricia Benner “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem” onde a autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial (Benner, 1984).

Na área de especialização, o processo de aquisição de competências profissionais requer a realização de estágios que se aproximem da realidade. Estes são momentos de observação e intervenção em contextos clínicos concretos, que visam desenvolver capacidades, atitudes e competências, onde se espera que o estudante desenvolva comportamentos e processos de auto-regulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático através da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005). As mesmas autoras referem como fundamental o cruzamento de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais.

Uma das dimensões do enfermeiro especialista, que é fundamental - importa referir - é precisamente a prática reflexiva, o fazer pensado, a acção ponderada e responsável no sentido de assumir a capacidade de “*gerir situações complexas, de enfrentar o imprevisto, de decidir de forma autónoma e responsável e capacidade de adaptação (...), trabalhar num ambiente de interdisciplinaridade e complementaridade*” (Rabiais, 2016, p. 129).

Este relatório pressupõe refletir uma clara e fidedigna imagem do trabalho desenvolvido e cuja implementação tivesse promovido a aquisição de competências pelo mestrando.

Assim, apresentarei individualmente os dois campos de estágio fazendo referência às ações e atividades que promoveram a aquisição de competências.

O desenvolvimento da prática em estágio será acompanhado por revisão bibliográfica de forma a suportar a prática na mais atual evidência científica tendo assumido como compromisso no primeiro estágio (VMER), apresentar os resultados em formato comunicação científica (Certificado de apresentação de Poster no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – ANEXO III), (Poster - APÊNDICE I) podendo assim agir como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho bem como promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho o que permitiu em simultâneo que pudesse **basear a minha praxis clínica especializada em evidência científica.**

De referir ainda algo que me parece óbvio mas ainda assim digno de registo. O percurso académico do CMEMCPSC não se limita apenas à realização de 400h de estágio. Ele é fruto de uma complementaridade entre a experiência profissional atual, os conhecimentos e a demonstração dos mesmos a nível técnico, científico, ético e relacional e a aquisição de competências ao longo dos três semestres letivos que compõem o período do CMEMCPSC. Este, além das 400h de contacto nos estágios da unidade curricular “**Estágio Final e Relatório**” contempla também um período respeitante à unidade curricular “**A pessoa em situação crítica e família – Vigilância e decisão clínica**”. Neste contexto, é importante referir que, nos termos do Artigo 4º do Aviso 3127/2016 publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 47 — 8 de março de 2016 (República Portuguesa, 2016), foi, atempadamente, solicitada a creditação. Compreendendo que a aquisição de competências se faz não só pelo percurso académico, mas também pela experiência prática profissional diária onde se desenvolve e constrói uma prática avançada, a creditação pretendeu demonstrar competências pré-existentes que poderiam servir como base segura para o restante percurso académico e aquisição de novas competências nomeadamente as definidas no ponto 1, do artigo 3º do Regulamento n.º 429/2018 - Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica.

A minha atividade profissional em Serviço de Urgência, afigura-se um desafio diário e permanente. Permitiu-me desenvolver competências técnicas, comportamentais, organizacionais e humanas em todos os momentos, obrigando a uma gestão dos cuidados

ao doente crítico (adulto), bem como o seu enquadramento na família e como esta se articula com o serviço de urgência.

Em contexto de urgência, conto com a necessidade de um saber abrangente, lidando com diferentes níveis de cuidados, porém com particular ênfase no doente crítico.

Neste contexto, a minha intervenção pode focar-se em competências de comunicação, competências humanas de contacto interpessoal, até ao saber mais técnico e científico para rapidamente intervir com necessidade de rápida execução das mais diversas técnicas de suporte à pessoa em situação crítica e participação na tomada de decisão. Desta forma, é possível **liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na área de especialidade e avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão**. Da necessidade de atuar rapidamente com respostas técnicas, científicas, humanas e emocionais advém a capacidade de atuar eficazmente sob pressão, possibilitando a **gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional**.

É, então, um ambiente que favorece o desenvolvimento de uma franca capacidade de gestão de prioridades, de **promoção da proteção dos direitos humanos, gestão das práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do doente** bem como a gestão de stress emocional.

O serviço de urgência é um serviço complexo, multidisciplinar, com uma orgânica muito própria em que muitos profissionais se articulam simultaneamente, numa relação de complementaridade que visa o benefício dos doentes, sejam estes mais ou menos urgentes ou emergentes.

Nestes cinco anos pude ainda ser integrado no grupo de trabalho do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos - PPCIRA - do serviço que, fruto do desenvolvimento do plano de trabalho, me tem proporcionado **orientar projetos institucionais na área da qualidade**, participar na **avaliação da qualidade das práticas clínicas**, participar no **planeamento de programas de melhoria contínua** bem como, em conjunto com os demais elementos do grupo de trabalho, ter a possibilidade de **liderar os programas de melhoria contínua**.

Outra componente da atividade profissional atual é a possibilidade de integrar novos elementos no serviço e nas dinâmicas do mesmo. A especificidade do contexto e dos intervenientes no processo de integração faz com que o mesmo seja singular, complexo, diverso e multidimensional. Tendo em consideração que o processo de integração implica um acontecimento com alteração de papéis e está relacionado com mudanças ambientais e políticas organizacionais, considera-se uma transição de natureza situacional e

organizacional (Meleis, 2010). Neste processo como enfermeiro integrador tenho a possibilidade de orientar os cuidados, a forma como são prestados, bem como a melhor forma de os otimizar o que me permite **supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados, supervisionar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados** tentando apelar ao processo pedagógico que vise a melhor interação com o novo colega. Preocupo-me em **adaptar o meu estilo de liderança ao clima organizacional e à maturidade do novo elemento favorecendo assim uma melhor resposta deste**. Integrar um novo elemento implica além de o orientar nas dinâmicas organizacionais, colocá-lo a par dos atuais planos para situações de emergência, exceção e catástrofe (SEEC). Ainda que não faça parte do meu papel elaborar os planos para SEEC (existe um grupo de trabalho dedicado a essas funções) ou ministrar formação em serviço sobre o mesmo, cabe-me a responsabilidade de **transmitir estes planos como parte da cultura organizacional, difundindo-os pelos elementos mais novos da equipa**.

Ao longo dos últimos cinco anos pude assim desenvolver ações e atitudes que possibilitaram o desenvolvimento de competências especializadas que visam uma progressiva capacidade de intervir de forma segura, competente e fundamentada.

2.1. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

A VMER onde decorreu o estágio integra a Área Funcional: Urgência e Cuidados Intensivos e conta com uma equipa de enfermagem constituída por 20 elementos, sendo destes, 13 especialistas e/ou mestres e uma equipa médica constituída por 37 elementos.

Na grande Lisboa existem atualmente oito VMER ativas. A VMER onde decorreu o estágio é das que conta com mais activações, aproximadamente 1883 saídas nos primeiros oito meses de 2019. Deste total, 32% foram para assistência a vítimas com mais de 80 anos de idade (Relatório de actividade VMER, 2019). De destacar ainda o reflexo do trabalho da VMER na Urgência Geral e Polivalente com Centro de Trauma Integrado (UGP com CTI), com cerca de 400 doentes acompanhados pela equipa de emergência tendo como principal destino a entrada direta em sala de emergência, logo, doente crítico.

Este estágio decorreu no período de 9 de Setembro a 27 de Outubro de 2019, com um total de 180 horas de contacto.

Os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial a cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo se justifica a importância do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, sendo este um profissional que *“contém um conhecimento aprofundado num domínio específico, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A realização deste estágio encontrou a sua pertinência na oportunidade de treino de tomada de decisão num curto espaço de tempo quanto às intervenções a implementar e quais os *outcomes* que são tidos como prioridade com vista à estabilização da vítima de doença súbita ou trauma. Estimulante e desafiadora, a emergência extra-hospitalar apresenta-se como uma componente fundamental na assistência à pessoa em situação crítica e sua família, representando ainda uma grande porta de entrada nos serviços de urgência.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é um organismo tutelado pelo Ministério da Saúde que, segundo o artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 34/2012, é responsável por coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica - SIEM em território de Portugal Continental (Ministério da Saúde, 2012).

Em 2017, eram mais de 1700 os meios de socorro existentes a nível nacional. Foram atendidas cerca de 1,4 milhões de chamadas através do número europeu de emergência 112.

Nos últimos dez anos, assistiu-se ao crescimento significativo de procura de serviços de emergência, um sistema grandioso que tem o nobre objectivo de salvar vidas (Ministério da Saúde, 2018).

Tendo em conta que a ação da Enfermagem no contexto extra-hospitalar traz ao enfermeiro responsabilidades acrescidas, a OE em Janeiro 2007 publica uma lista de orientações precisamente relativas à ação do enfermeiro neste contexto específico (Ordem dos Enfermeiros, 2007), sendo estas:

- Atuar de forma a respeitar e fazer respeitar as normas de segurança, os princípios deontológicos da profissão e as recomendações provindas superiormente;
- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, respeitando os protocolos previamente definidos em função de cada situação, quer

durante a estabilização, no local da ocorrência, quer durante o transporte até à unidade hospitalar de referência (seja primário ou secundário);

- Assegurar a transmissão de informação pertinente sustentada em registos adequadas no momento da recepção da vítima na unidade hospitalar de referência;
- Gerir a administração dos protocolos terapêuticos complexos;
- Efectuar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica otimizando as respostas;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, de forma a minimizar o seu sofrimento;
- Exercer função de chefe de equipa;
- Gerir os cuidados de enfermagem em situações de emergência e/ou catástrofe.

Assim, não só mas também com estas orientações em consideração, norteiei em grande parte a minha ação neste contexto de estágio.

Em resposta às dimensões de competências estipuladas pela OE para o Enfermeiro Especialista, foi idealizado um plano de trabalho no sentido da consecução das mesmas. A implementação do plano foi alvo de adaptação ao longo do estágio não tendo sido vinculativa a sua forma e conteúdo inicial.

Importa referir que a VMER onde decorreu o estágio não me era totalmente desconhecida, assim como os recursos humanos que a constituem uma vez que, além de ser a VMER do mesmo hospital onde exerço funções há cinco anos, é muitas vezes desta equipa que recebemos pessoas em situação crítica ou com franco potencial de rápida degradação da estabilidade hemodinâmica e, por isso, potencialmente crítica.

Adicionalmente a este conhecimento, tive a preocupação de pesquisar previamente ao início do estágio, algumas dinâmicas que faziam parte da ação da equipa extra-hospitalar, em particular do enfermeiro. Este cenário foi essencial para permitir uma boa integração na equipa e na sua dinâmica.

Uma das preocupações iniciais foi de como integrar um terceiro elemento, eu, numa equipa que está perfeitamente otimizada nas suas dinâmicas para funcionar com dois elementos. As ações inerentes a esta preocupação foram conhecer a estrutura organofuncional da

VMER, conhecer o SIEM, inteirar-me claramente do âmbito de intervenção do Enfermeiro, bem como dos protocolos de intervenção existentes na VMER.

Uma das dinâmicas da equipa são as verificações da carga da viatura. Verificação de fármacos e dispositivos de administração dos mesmos, verificação de baterias do Monitor-Desfibrilhador e teste de operacionalidade do mesmo, verificação da mala de via aérea: dispositivos *interfaces* e operacionalidade do laringoscópio, todas estas tarefas, entre outras, faziam parte da verificação diária o que me permitiu (1) **cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano**, (2) **colaborar na elaboração e implementação de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos** e (3) **participar na gestão do risco ao nível institucional e/ou unidades funcionais** desenvolvendo assim competências para **Orientar projetos institucionais na área da qualidade**.

Os momentos de reflexão com o enfermeiro orientador, bem como a troca de conhecimentos acerca de materiais e equipamentos para determinadas situações e cenários de socorro possibilitaram a partilha dos meus objetivos e atividades de estágio, a discussão e a análise dos mesmos.

Percebi que a intervenção extra-hospitalar era um contexto de ação muito particular. Por vezes, o 112 apresenta-se como o primeiro recurso da população nos momentos que precisam de ajuda. Quando ativada, a VMER segue sempre em marcha de urgente socorro e a intervenção é imediata, uma vez no local. Por vezes deparamo-nos com cenários complexos. Mais, a família espera que o médico e o enfermeiro no domicílio sejam o bastante para garantir que a assistência é prestada ao seu melhor nível. No caso dos idosos, perder o marido ou a esposa tem um impacto cabal na sua própria vida. Significa perder as suas rotinas de cuidar do ente querido e perder-se num dia-a-dia sem aparente sentido. Sempre marcante este tipo de situação, permitiu-me desenvolver estratégias de proximidade, comunicação e de relação de ajuda que possibilitaram uma melhor **gestão da comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde**, permitiu **gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica** e, assim, **assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica**.

A experiência profissional é algo que apenas decorre do tempo de profissão. É uma aptidão que se constrói com o tempo e a frequência de execução, seja de uma simples execução prática, seja de um raciocínio lógico e reflexivo. Esta aptidão foi alvo de enriquecimento e melhoria com a abordagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) em contexto extra-hospitalar, diferente do qual estou habituado e com características muito próprias. A participação na tomada de decisão foi sempre fruto de conhecimento prévio, adquirido até esta altura ao longo de cinco anos no serviço de Urgência Geral Polivalente.

Houve uma situação em que a tomada de decisão foi particularmente discutida entre os elementos da equipa e não foi tomada sem eu próprio me pronunciar quanto ao cenário, dado ser fundamental todos os elementos estarem confortáveis com a decisão tomada. Assim, foi possível uma melhor ação conjunta visando a otimização de intervenções e de tempo.

Tratava-se de um doente masculino com cerca de 70 anos, apresentava dor torácica contextualizada numa taquidisritmia (160 - 180 bpm's). Após monitorização hemodinâmica, a avaliação na tira de electrocardiograma (ECG) era de difícil análise, quer pela frequência cardíaca, quer pelas múltiplas alterações crónicas fruto de patologias prévias do doente.

Segundo os algoritmos de Suporte Avançado de Vida (SAV) do INEM, um ritmo taquicárdico com a frequência apresentada neste caso é considerado um ritmo periparagem. Após as primeiras intervenções terapêuticas, nomeadamente punção venosa, fluidoterapia e administração de fármacos de cardioversão química, sem resposta hemodinâmica, foi considerada a opção de aplicação de cardioversão elétrica no local.

Dos sinais de gravidade o doente manifestava apenas dor que classificava como ligeira.

Aplicar cardioversão elétrica sincronizada no local prevê intervenções que acarretavam riscos para o doente. Primeiramente o doente deveria estar ligeiramente sedado. Qualquer choque administrado tem potencial para parar o batimento cardíaco e, se assim fosse, a intubação orotraqueal impunha-se.

Assim, a tomada de decisão foi ponderada. Resolver a situação no local com os riscos inerentes e demorar mais tempo, ou rapidamente transportar a vítima para a unidade hospitalar mais próxima que se encontrava a cinco ou dez minutos de distância e resolver a taquidisritmia em sala de emergência com todos os benefícios para a segurança do doente? A decisão rápida pesou o risco / benefício e optamos por transportar rapidamente o doente para o hospital.

Disse-me uma vez o Enfermeiro Coordenador da VMER “*O principal objectivo do extra-hospitalar é tomar decisões*”, “*A pior opção é ficar na indecisão.*” Este cenário de intervenção extra-hospitalar permitiu-me (1) **definir intervenções e diagnósticos de Enfermagem adequadas para a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica**, (2) **garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos**, (3) **acautelar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas**, bem como participar no transporte de doente crítico para a unidade hospitalar.

As ativações de meios extra-hospitalares dependem em muito da forma como o comunicante descreve a situação ao Centro de Orientação a Doentes Urgentes – CODU.

Infelizmente por diversas vezes, a ativação é para Paragem Cardiorespiratoria em idoso porém com hora desconhecida, já sem sinais de vida e é por isso considerado cadáver.

Neste tipo de situação de crise familiar, é fulcral o cuidado à família presente no local. Raramente se depararam com esta situação anteriormente, não sabem o que fazer ou como orientar as medidas a tomar, a quem recorrer e desconhecem muitas vezes os trâmites legais que envolvem o falecimento de uma pessoa em casa.

Os cuidados à família passam por mostrar que muitas vezes fizeram tudo bem, que fizeram tudo o que podiam ter feito e não deverão ter qualquer sentimento de culpa no sucedido.

Orientar nas atitudes a tomar, sugerir que se rodeie de mais alguém que possa ajudar - um irmão, uma irmã, alguém significativo com quem possa partilhar os afazeres que se seguem. Tranquilizar e explicar todos os trâmites legais desde a presença da autoridade no local até à necessidade de obter uma certidão de óbito. O enfermeiro especialista deverá ter presente as noções éticas, deontológicas e legais, quer pelo respeito da pessoa falecida, quer pela família, auxiliando no que for necessário para que, nos breves momentos em que estamos no local, nos certifiquemos que a família fica calma e esclarecida.

Numa destas situações encontramos uma pessoa já falecida que se encontrava destapada, mal posicionado, com pernas pendentes no sofá. Não consegui deixar de posicionar o corpo correctamente deitado no sofá, tapá-lo até ao pescoço de forma a aparentar estar a dormir. Este cuidado para com a pessoa falecida foi merecedor de um sentido obrigado por parte do filho da vítima. “*Ele assim está melhor, obrigado Sr. Enfermeiro*” – Disse-me.

Ainda que possa parecer comum e natural esta postura do enfermeiro, assertivo, capaz de gerir este tipo de situações, gerir as suas próprias emoções e as dos demais presentes no

local, esta assertividade e ponderação refletem as competências humanas e comunicacionais desenvolvidas. Pode assim, **(1) Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, (2) desempenhar o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade bem como (3) gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.**

Sempre que abordamos um cenário de pessoa já sem sinais de vida, avaliamos a possibilidade inerente de presença ou ausência de sinais de violência, agressão física, trauma ou outros indícios de prática criminosa. Assim, o enfermeiro, desperto para estes cenários, **assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.**

Quando estamos em contacto com situações de exceção todos os profissionais recordam um caso em que realmente foram fundamentais na manutenção da vida. Situações em que a ação da equipa de emergência extra-hospitalar tenha sido particularmente preponderante, quer na rápida chegada ao local, quer na rápida ação de intervenção, quer mesmo nas rápidas decisões tomadas. Aquela situação em que todo o Sistema Integrado de Emergência Médica funcionou em pleno.

A VMER saiu para cenário de laceração grave de grande vaso no pescoço após queda com hemorragia exsanguinante ativa. É portanto um trauma grave, com grande potencial para paragem cardiorespiratória por hipovolémia. À nossa chega confirmou-se o pior cenário com perda de sangue na ordem dos 1,5 a 2 litros. A vítima encontrava-se francamente pálida, obnubilada mas consciente. O ambiente à volta era de puro frenesim e desespero dos amigos. Acrescia o facto de não serem portugueses mas felizmente era possível comunicar em inglês o que se mostrou fundamental para os acalmar e solicitar a colaboração de alguns. A nossa abordagem foi rápida, orientada, objetiva e com foco na manutenção das funções vitais. Quase não foi necessário falar entre os elementos da equipa de emergência já que os três percebemos imediatamente a gravidade da situação e cada um se ocupou de diferentes intervenções. O médico avaliou o estado neurológico e tentou estabelecer intervenções de controlo de hemorragia com pressão no local e colocação de compressas e colar cervical. Eu tratei da rápida punção de dois acessos de grande calibre, fluidoterapia, administração de terapêutica e monitorização de sinais vitais, a enfermeira

orientadora preparou a terapêutica e os fluidos, agilizou medidas para a rápida evacuação da vítima e comunicou com o Hospital de referência dando conta da necessidade de reunião de recursos humanos e técnicos. À chegada dos elementos da ambulância a vítima estava estável e, em conjunto, conseguimos assegurar a sua imobilização e sair do terraço no 7º andar do prédio. No hospital estava já a equipa de cirurgia e anestesia pronta a receber a vítima. Os momentos seguintes foram de reflexão e de revisão da nossa atuação e todos concordamos que fizemos um excelente trabalho. O doente teve alta hospitalar passados três dias.

A sensação de ter feito a diferença nos momentos fulcrais pós-trauma grave era avassaladora. Permitiu-me (1) **prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**, (2) **Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos**, (3) **fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas**.

Neste estágio de 180h realizado na VMER tive oportunidade de adquirir novas competências melhorando e aperfeiçoando algumas que, fruto da experiência em serviço de urgência, já possuía. O fundamental é, no meu entendimento, a importância deste tipo de estágio para abrir novas perspetivas de cuidados, pensar os cuidados e as intervenções de forma mais abrangente e global e, no fundo, dar mais um passo na minha formação e saber como Enfermeiro Especialista.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Segundo o Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco de falência súbita.

De entre os desenvolvimentos mais importantes ocorridos na Medicina nas últimas décadas contam-se os registados na Medicina Intensiva e na sua capacidade para monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência eminente ou estabelecida,

afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis (Ministério da Saúde, 2016). O desenvolvimento da Medicina aumentou a capacidade para salvar vidas em risco e aumentou também a sobrevivência de doentes portadores de doença grave, em muitos casos dependentes de tratamentos e suporte de funções vitais (Ministério da Saúde, 2014).

As intervenções de enfermagem neste contexto visam dar resposta às necessidades do doente e permitir manter as funções vitais, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total e o benefício da pessoa.

Pela exigência normativa estamos certos que o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados à Pessoa em Situação Crítica, em contexto como a Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo as recomendações da Direção de Serviços de Planeamento de Cuidados Intensivos o método de trabalho de enfermagem é o método individual, onde cada enfermeiro fica responsável pelos cuidados prestados aos doentes que lhe são atribuídos favorecendo a relação enfermeiro - doente e sua família. No contexto da UCI CCT, há um espírito de colaboração entre os elementos de forma a otimizar os cuidados de todos os doentes na unidade.

A UCI – Cardiorácica onde decorreu este estágio é apenas parte de um serviço que engloba diferentes níveis de cuidados desde Bloco Operatório, Cuidados Intensivos Nível III, Cuidados Intermédios nível II e Enfermaria.

Segundo o relatório de 2016 da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência, “as camas de cuidados de nível III (vulgarmente designadas de cuidados intensivos) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida; as camas de cuidados de nível II (vulgarmente designadas de cuidados intermédios) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica sem que requeiram ventilação mecânica invasiva” (Ministério da Saúde, 2017).

A UCI CCT é composta por nove camas nível III com um rácio enfermeiro – doente de um para um ou de um para dois, consoante a instabilidade do doente.

Acrescem ainda duas camas nível III em salas de isolamento com pressão alternável. A área de Cuidados Intermédios tem três camas e um enfermeiro e a área de Enfermaria tem disponibilidade e recursos humanos variáveis dependendo dos rácios a garantir.

A UCI CCT funciona como uma área pós-operatória de cirurgia cardiotorácica e conta com salas de Bloco Operatório contíguas onde se realiza cirurgia cardíaca e/ou pulmonar.

O serviço possui ainda uma ala de UCI Pediátrica com três camas nível II ou III.

Quanto a recursos humanos o serviço de UCI CCT conta com cinco equipas de enfermagem com 16 ou 17 elementos cada, aos quais acrescem quatro elementos de apoio à gestão.

A enfermeira chefe é coordenadora de toda a área de coração, vasos e tórax.

A equipa de enfermagem não encerra a sua ligação ao doente no regresso deste ao seu domicílio. Existe um circuito de assistência ao doente que começa em consulta pré-operatória e prolonga-se até ao período de um ano pós-operatório, contacto este mantido pelos enfermeiros responsáveis pela consulta de *follow-up*, que existe desde 2004.

No momento da alta o doente recebe um folheto informativo e são realizados ensinamentos relativamente aos cuidados que deverá ser capaz de implementar no seu dia-a-dia nomeadamente, no que diz respeito à hipocoagulação instituída, seja esta subcutânea ou *Per Os*. Esse momento poderá servir também para mostrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas procurando conhecer os medos e preocupações do doente.

O enfermeiro tem assim um papel ativo e fundamental na UCI CCT.

O trabalho neste tipo de unidades exige do enfermeiro competências de alta complexidade e detalhe no desempenho de ações que exigem elevado nível de concentração e profundo conhecimento da situação atual do doente de forma a ser capaz de dinamizar respostas em qualquer situação de emergência dentro das competências e ações independentes e interdependentes do enfermeiro em contexto de UCI.

Todo o trabalho foi desenvolvido no sentido de adquirir competências para o cuidado à PSC promovendo a capacidade de intervir de forma ágil e dinâmica e com a destreza necessária a qualquer momento e em qualquer situação decorrente da evolução do doente ao meu cuidado.

Numa outra dimensão do cuidar, atualmente as normas orientadoras da prestação de cuidados enfatizam a necessidade de adoção de comportamentos e técnicas que visem o controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS).

São metas de Saúde 2020

- Melhorar a qualidade da prescrição de antibióticos;

- Controlar a taxa de resistência da *Klebsiella pneumoniae* aos carbapenemos;
- Melhorar a prevenção e controlo de infeção nas unidades de saúde.

(Direção Geral da Saúde, 2017)

No contexto de prestação de cuidados em UCI, esta preocupação está intimamente ligada ao desempenho de funções do enfermeiro.

Ao enfermeiro é exigida a competência de **prevenção e controlo da infeção como resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica** bem como a capacidade de **delinear estratégias para a implementação de medidas que visem a protecção dos doentes**, nomeada e particularmente em doentes alvo de transplantação, cardíaca ou pulmonar que, por via da terapêutica imunossupressora instituída, têm a sua susceptibilidade à infeção aumentada.

Nesta linha de pensamento, foi identificado um diagnóstico situacional e, em acordo com a Enfermeira chefe de serviço, com a Enfermeira orientadora e com a Enfermeira responsável pelo grupo PPCIRA do hospital onde se realizou o estágio, foi elaborada uma sessão de formação em serviço sobre o tema: **“Colheita de Hemoculturas: Um procedimento fundamental na gestão e controlo da infeção.”** (APÊNDICE II) tendo assim a possibilidade de **elaborar e implementar medidas de controlo de infeção** com vista à **demonstração do conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos**.

Toda a mudança de comportamentos que visem a melhoria de *outcomes* da prestação de cuidados deve ser ponderada e incentivada.

O diagnóstico “risco de infeção” é, no contexto de UCI, elevado pela frequente manipulação por parte do enfermeiro dos múltiplos interfaces e dispositivos clínicos conectados ao doente como são o exemplo de Cateter Venoso Central (CVC), Linha Arterial (LA), Drenos Torácicos (DT), Tubo Orotraqueal (TOT), Acessos para Técnica de Substituição Renal (TSR) *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) ou drenos conectados a mecanismo de “*Cell Saver*”.

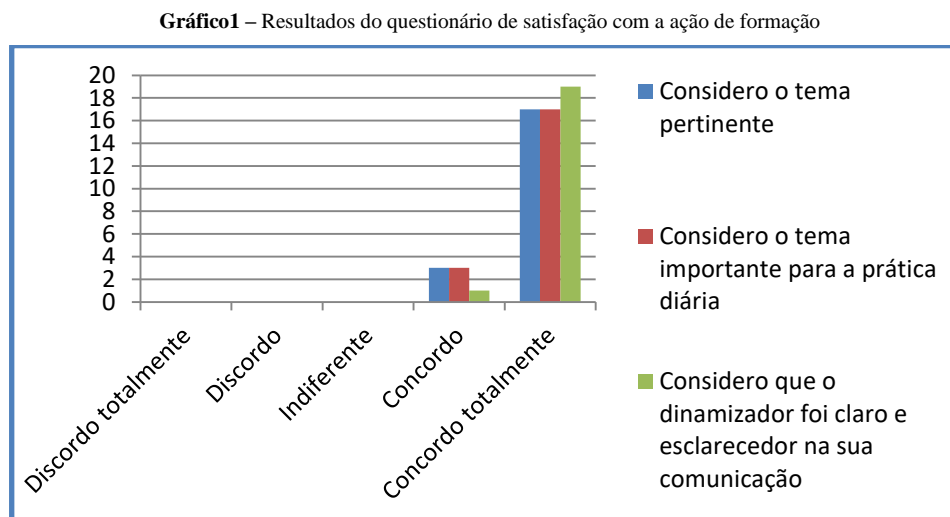
Neste contexto é importante que os comportamentos dos profissionais assegurem a manutenção da assépsia tanto quanto possível no cuidado ao doente.

A colheita de Hemoculturas (HC) é um procedimento com um cariz diagnóstico.

Para a formação em serviço foram delineados dois objetivos:

1. Rever e atualizar o procedimento segundo a norma multisetorial do Centro Hospitalar;
2. Sensibilizar para as boas práticas no procedimento de colheita de Hemoculturas;

Posteriormente foi entregue aos enfermeiros presentes, um pequeno questionário de avaliação da satisfação com a ação de formação (APÊNDICE III) e os resultados do seu preenchimento estão espelhados no Gráfico 1.



O ponto fundamental foi lembrar e se possível melhorar no procedimento de forma que isso se traduza numa melhoria dos cuidados e, em última análise, fatores globais como ganhos em saúde, redução de custos e otimização de terapêutica.

Esta ação permitiu-me (1) **demonstrar conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos, que me permitam ser referência na equipa de cuidados;** (2) **Salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;** (3) **Monitorizar, registar e avaliar medidas de prevenção e controlo implementadas** dando resposta à consecução da unidade de competência **Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.**

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica tem um dos seus expoentes máximos no contexto de doente em unidade de cuidados intensivos. As intervenções do enfermeiro especialista ou daquele cuja prática se considera avançada, goza de uma autonomia que possibilita o permanente desenvolvimento de competências e melhoria das já adquiridas.

O enfermeiro trabalha em complementaridade com a restante equipa multidisciplinar porém é manifesta a sua autonomia fruto do seu juízo crítico, do seu juízo científico e das constantes dinâmicas entre as intervenções e os *outcomes* alcançados.

A título de exemplo, tive oportunidade de desenvolver competências técnicas complexas contempladas no processo de desmame ventilatório do doente. Salvo qualquer intercorrência pós-cirúrgica, o doente é desconectado da prótese ventilatória entre 6 a 8 horas após sair do bloco. O processo de desmame ventilatório é totalmente da responsabilidade do enfermeiro. A gestão do suporte ventilatório é executada em função das respostas hemodinâmicas do doente. As competências do enfermeiro terão de lhe possibilitar a capacidade e a aptidão para a monitorização e avaliação gasimétrica em dois ou três momentos antes de desconectar o doente da prótese ventilatória. A decisão de extubar o doente é tomada em colaboração com o médico da unidade, caso o doente mantenha uma ventilação espontânea eficaz durante 30 minutos, sendo também este período debaixo de uma avaliação quase em permanência por parte do enfermeiro. A própria técnica de extubação exige do enfermeiro cuidados minuciosos para evitar processos infecciosos respiratórios associados à aspiração de secreções, causador de pneumonias por aspiração.

Este procedimento demonstra ser uma cabal demonstração das competências técnicas e científicas ao alcance do enfermeiro em contexto de UCI. Este tipo de intervenções permitiu-me **garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos através da execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde / doença crítica e/ou falência orgânica.**

Sendo complexo transparecer neste relatório toda a abrangência do saber adquirido, quer teórico, quer prático, parece-me fundamental referir que este contexto de estágio se apresenta como peça fulcral na consecução desse saber. Há competências específicas do enfermeiro especialista que fazem dele um verdadeiro veículo da cultura da prática da enfermagem especializada e avançada. O Enfermeiro Especialista afirma a sua importância e preponderância quando, nestes contextos, é um elemento que consegue pôr todas as suas competências técnicas, humanas, científicas e relacionais ao serviço do doente e da sua família.

3. CONCLUSÃO

As doenças cardiovasculares são, comprovadamente, das doenças com maior mortalidade e morbidade a nível mundial sendo a ICC uma das patologias com maior prevalência na sociedade atual e que, segundo alguns autores, deveria ser uma das principais prioridades nas políticas de saúde (Hatchett & Thomson, 2002), (Morais, 2017), (van Riet, Hoes, Wagenaar, Limburg, Landman, & Rutten, 2016).

Estes dados epidemiológicos subsidiam o interesse por esta temática e pelo doente vítima de patologia cardiovascular. Os frequentes episódios de urgência e o défice de autocuidado, autocuidado esse que se mostra negligenciado por franca incapacidade funcional, demonstram bem que a pessoa com ICC tem alterado um dos fatores que nos torna seres individuais, com capacidade inata de auto preservação e de cuidar de nós próprios.

As limitações na realização das atividades do autocuidado são mais evidentes em estadios mais avançados da doença. Podemos concluir que quanto maior for a intolerância à atividade apresentada pela pessoa com ICC, maior será o impacto na forma como realiza as suas atividades de autocuidado e maiores serão as limitações funcionais (Carrilho, 2012).

É através de ações de ensino de estratégias de adaptação que muito pode contribuir a ação dos enfermeiros e da Enfermagem. Esta, deverá encontrar neste âmbito, um mundo de oportunidades de intervenção da qual possa emergir ganhos para os doentes e o desenvolvimento de novas estratégias, novas intervenções e melhores *outcomes* para a pessoa cuidada (Moura, 2015).

A qualidade de vida dos doentes pode ser francamente melhorada pela intervenção cirúrgica – valvuloplastia – que já demonstrou ter um impacto positivo na qualidade de vida relacionada com a saúde percebida pelos doentes. (Bento, Coelho, Lopes, & Fragata, 2019).

Os objetivos deste ciclo de estudos foram alcançados. Com a revisão da literatura foi possível mapear dados relacionados com a evidência científica mais atual o que dá cumprimento à aquisição de competências a nível da investigação obrigatórias para atribuição do grau de Mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2011).

Os estágios foram realizados e concluídos com sucesso tendo sido possível desenvolver competências na área da Enfermagem Especializada e Enfermagem Avançada e, desta forma, reunir condições para atribuição do título de Enfermeiro Especialista.

O percurso acadêmico findo, é o culminar de uma necessidade intrínseca inicial que procurava dar resposta a um maior pensamento crítico e, no fundo, consubstanciar a maturidade profissional na procura de respostas, ferramentas e competências para a prática da Enfermagem avançada. Respostas que pudessem olhar o desenvolvimento da Enfermagem como ciência e não apenas como Enfermagem - profissão.

Após este percurso acadêmico, sou hoje um enfermeiro diferente. Há na minha prática diária uma mudança que, não sendo necessariamente revolucionária, faz parte de uma mudança estruturada, com repercussões interiores positivas, tanto a nível pessoal como a nível profissional.

Sejam, a Enfermagem e os Enfermeiros, capazes de olhar a pessoa sentindo a responsabilidade de identificar estratégias para responder às suas necessidades com a excelência que os caracteriza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (Julho - Setembro de 2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14, pp. 373 - 382.
- Aliti, G. B., Rabelo, E. R., Domingues, F. B., & Clausell, N. (Março - Abril de 2007). *Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca*. Obtido em 18 de Janeiro de 2020, de Revista Latino-Americana de Enfermagem: www.eerp.usp.br/rlae
- American Heart Association. (dezembro de 2019). *American Heart Association*. Obtido de <https://www.heart.org/en>
- American Heart Association Statistics Committee. (Março de 2017). Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association. *AHA Journals*.
- Barata, N. E. (2015). Relação Diádica e Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 315 - 322.
- Benner, P. (1984). *De Principiante a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Bento, D., Coelho, P., Lopes, J., & Fragata, J. (2019). Aortic valve replacement surgery improves the quality of life of octogenarians with severe aortic stenosis. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 252 - 258.
- Blokzijl, F., Houterman, S., Straten, B. H., Daeter, E., Bruinsma, G. J., Dieperink, W., et al. (September de 2019). The impact of surgical aortic valve replacement on quality of life – a multicenter study. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*.
- Braunwald, K., Hauser, F., & Jameson, L. (2006). *Manual de Medicina*. McGraw-Hill.
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carbone, S., Lavie, C., Elagizi, A., Arena, R., & Ventura, H. (2020). The Impact of Obesity in Heart Failure. *Heart Failure Clinics*, 71 - 80.
- Carlson, B., Riegel, B., & Moser, D. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure. *HEART & LUNG*, 30, 351 - 359.
- Carrilho, S. (2012). *A Qualidade de Vida dos Doentes com Insuficiência Cardíaca*. Lisboa.

- Coelho, P., Ferreira, L., Vital, C., & Fragata, J. (2018). A Cirurgia de Substituição Valvular Aórtica Melhora a Qualidade de Vida dos Doentes? *Revista científica da Ordem dos Médicos*, 399 - 408.
- Davies, M., Davis, R., & Lip, G. (2013). *Essentials of Heart Failure*. Wiley-Blackwell.
- Dicionários Priberam. (10 de Fevereiro de 2020). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Obtido de Dicionário Priberam da Língua Portuguesa: <https://dicionario.priberam.org/competência>
- Direção Geral da Saúde. (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal, Ponto de Situação*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*.
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Direção Geral da Saúde*. Obtido em 16 de Dezembro de 2019, de <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/conceitos.aspx>
- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine: the power of human intuitive expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- Ekman, I., Cleland, J., Swedberg, K., Charlesworth, A., Metra, M., & Poole-Wilson, P. (2005). Symptoms in Patients With Heart Failure are Prognostic Predictors: Insights From COMET. *Journal of Cardiac Failure*, 288 - 292.
- European Society of Cardiology. (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 2129–2200.
- Ferreira, A., Nunes, A., Rodrigues, E., & Camarneiro, A. (2008). *Qualidade de Vida em doentes submetidos a cirurgia valvular cardíaca*.
- Ferreira, P. L. (2011). Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde [RIMAS]. *Questionário de estado de saúde (SF-36v2)*. Coimbra. Obtido em 22 de Janeiro de 2020
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (Novembro - Dezembro de 2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, pp. 664 - 675.
- Fini, A., & da Cruz, D. d. (Agosto de 2009). Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17.
- Fleck, M. P. (Maio de 2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 33 - 38.

- Fonseca, Brás, D., Araujo, I., & Ceia, F. (Fevereiro de 2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (Janeiro de 2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, pp. 97 - 104.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação* (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Gonçalves, J. D. (2010). *QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A CIRURGIA, SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS E INFORMAÇÃO RECEBIDA DURANTE O INTERNAMENTO*. Dissertação de mestrado em em Gestão e Economia da Saúde, FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, Coimbra.
- Gonzalo, A. (12 de Agosto de 2014). *NursesLabs*. Obtido em 23 de Janeiro de 2020, de <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>
- Hatchett, R., & Thomson, D. (2002). *Enfermagem Cardíaca - Um Guia Polivalente*. Lusociência.
- Heer, F. d., Gökalp, A. L., Kluin, J., & Takkenberg, J. J. (2019). Measuring what matters to the patient: health related quality of life after aortic valve and thoracic aortic surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*, 37 - 43.
- Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., van der Wal, M., Luttkik, M. L., & Jaarsma, T. (2010). Nurse-led interventions in heart failure care: Patient and nurse perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 226 – 232.
- Jerant, A., von Friederichs-Fitzwater, M., & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 5, 300 – 307.
- Kemp, C., & Conte, J. (2012). The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathology*, 365-371.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermo*. (M. A. Blanco, Trad.) Barcelona: Elsevier Masson.
- Laar, C. v., Kievit, P. C., & Noyez, L. (2015). Surgical aortic valve replacement in patients older than 75 years: is there really a quality of life benefit? *Netherlands Heart Journal*, 174 - 179.
- Lessa, Q. C., Frossard, J. M., & Queluci, G. C. (2010). Educação de pacientes com insuficiência cardíaca pelo Enfermeiro: Uma Revisão Integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental - Online*, 591 - 595.

- Mangnall, L. J., Gallagher, R. D., Sibbritt, D. W., & Fry, M. M. (2015). Health-related quality of life of patients after mechanical valve replacement surgery: An integrative review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16 – 25.
- Martins, H. I. (2015). *O Autocuidado na Pessoa com Insuficiência Cardíaca*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Meddle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York : Springer Publishing Company .
- Mendes, A. P., Bastos, F., & Paiva, A. (Dezembro de 2010). A pessoa con Insuficiencia Cardíaca.Factores que facilitam / dificultam a transição saúde / doença. *Revista de Enfermagem Referência, III Serie*, 7 - 16.
- Minayo, M. C., Hartz, Z. M., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 8.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2011). *Relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior*.
- Ministério da Saúde. (14 de Fevereiro de 2012). *Diario da Republica Eletrónico Decreto-Lei 34/2012*. Obtido em 24 de Janeiro de 2020, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/543036/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%2034%2F2012>
- Ministério da Saúde. (2012). Diário da República n.º 32/2012, Série I de 2012-02-14.
- Ministério da Saúde. (6 de Agosto de 2014). Despacho n.º 10109/2014 Série II de 2014-08-06. *Diario da Republica*, pp. 20233 - 20234.
- Ministério da Saúde. (26 de Junho de 2014). Nº 121/2014, 2º Suplemento, Série II. *Diário da República*, pp. 16628-(4) a 16628-(4).
- Ministério da Saúde. (2016). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e resistencia microbiana*.
- Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saude 2018*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Monteiro, M. J. (2011). *Competências para a Vida em Adolescentes: Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e da competência social*. Faro.

- Monteiro, R., M Braile, D., Brandau, R., & B Jatene, F. (2010). Qualidade de vida em foco. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 568 - 574.
- Morais, C. M. (Dezembro de 2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Morais, J. (22 de Setembro de 2017). *Jornal Médico*. Obtido em 9 de Fevereiro de 2020, de <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/34080-insuficiencia-cardiaca-tem-de-passar-a-prioridade-nacional.html>
- Moura, S. C. (2015). *A AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA TOLERÂNCIA À ATIVIDADE E NA DEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Namazi, P., Hosseini, S. S., & Mohammadi, N. (2015). Health-Related Quality of Life after Valve Replacement Surgery. *Client-Centered Nursing Care*, 91 - 95.
- Nogueira-Martins, L. A. (Outubro de 2010). Qualidade de vida dos médicos residentes: Revisão de estudos brasileiros. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Volume 6.
- North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. (2018 - 2020). *International nursing diagnoses: definitions and classification, 11th edition*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, A. L. (2010). *CORRELATOS DA QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (Janeiro de 2007). *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar*. Obtido em 24 de Janeiro de 2020, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). *Diário da República Eletrónico Regulamento 122/2011*. Obtido em 24 de Janeiro de 2020, de <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros - agosto 2015.

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *3ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica. *Regulamento OE nº 429/2018 de 16 de Julho*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *PARECER N.º 15/2018*.
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de Fevereiro de 2019). Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento OE nº 140/2019 de 6 de Fevereiro*.
- Ordem dos Médicos. (1997). *Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos da Ordem dos Médicos*.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª edição ed.). Mosby.
- Park, C., Fenster, J., & Bliss, D. (2006). *Social support, appraisals, and coping as predictors of depression in congestive heart failure patients* (Vol. 21).
- Paula, A. S. (2013). *Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto, Vila Nova de Gaia.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Pereira, D. A., Rodrigues, R. S., Samora, G. A., Lage, S. M., Alencar, M. C., Parreira, V. F., et al. (2011). *Capacidade funcional de indivíduos com insuficiência cardíaca avaliada pelo teste de esforço cardiopulmonar e classificação da New York Heart Association*. Minas Gerais.
- Petronilho, F. A. (Janeiro de 2009). Produção de Indicadores de Qualidade. A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, pp. 36 - 44.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. Lusociência.
- Praça, M. I. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACESTRás-os-Montes I Nordeste*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Rabiais, I. C. (2016). *A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado: A natureza da interação no processo de cuidar*. Novas Edições Acadêmicas.
- Ramalho, A. (2005). *Manual Redacção de estudos e projectos de revisão c/s Metanálise*. Coimbra: Formasau.

- Ramos-Cerqueira, A. T., & Crepaldi, A. L. (2000). Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: Aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*, 207 - 213.
- Reboul, O. (1983). *O que é aprender*. Coimbra: Edições Almedina.
- Rector, T., Anand, I., & Cohn, J. (2006). Relationship between clinical assessments and patients' perceptions of the Effects of Heart Failure on their quality of life. *Journal of Cardiac Failure*, 87 - 92.
- República Portuguesa. (8 de Março de 2016). Aviso n.º 3127/2016. *Diário da República*, 2ª Serie nº 47, p. 8340.
- República Portuguesa. (4 de Setembro de 2019). *Lei n.º 95/2019 - Lei de Bases da Saúde*. Obtido em 24 de Janeiro de 2020, de Diário da República Electronico: <https://dre.pt/home/-/dre/124417108/details/maximized>
- Reveles, A. G., & Takahashi, R. T. (2007). Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Revescenferm USP*, 245 - 250.
- Rodrigues, A., Silva, C., Bento, C., Lourenço, P., & Charepe, Z. (2004). *A Influência Da Música Na Pessoa Submetida A Cirurgia Cardíaca*. Formasau.
- Rodrigues, M. A. (2007). *QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS RECEBIDOS DAS DOENTES COM CARCINOMA DA MAMA EM TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA POR VIA ENDOVENOSA*. Tese de dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Seidl, E. M., & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Qualidade de vida e Saúde*, 580 - 588.
- Serrano, C. (2018). *Enfermagem especializada na promoção da segurança à pessoa em situação de emergência*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Shan, L., Saxena, A., McMahon, R., Wilson, A., & Newcomb, A. (February de 2013). A systematic review on the quality of life benefits after aortic valve replacement in the elderly. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 1 - 17.
- Soares, D. A., Toledo, J. A., dos Santos, L. F., Lima, R. M., & Galdeano, L. E. (2008). Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 243 - 248.
- Spaziano, M., Carrier, M., Pellerin, M., & Choinière, M. (2010). Quality of life following heart valve replacement in the elderly. *The Journal of heart valve disease*, 524 - 532.

- Tan, M. K., Jarral, O. A., Thong, E. H., Kidher, E., Uppal, R., Punjabi, P. P., et al. (2017). Quality of life after mitral valve intervention. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 265–272.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. The Joanna Briggs Institute.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 1337-1465.
- Titinger, D. P., Lisboa, L. A., Matrangolo, B. L., Dallan, L. R., Dallan, L. A., Trindade, E. M., et al. (2015). Custos das Cirurgias Cardíacas Segundo o Risco Pré-Operatório no Sistema Público de Saúde Brasileiro. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (5ª Edição)*. Lisboa: Lusociencia.
- van Riet, E., Hoes, A., Wagenaar, K., Limburg, A., Landman, M., & Rutten, F. (Janeiro de 2016). Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *European Journal of Heart Failure*, 242 – 252.
- Vasconcelos, A. P., Said, H. C., de Oliveira, L. R., & Marques, P. S. (2009). *TERAPIA OCUPACIONAL NA REABILITAÇÃO CARDÍACA: Intervenção na Insuficiência Cardíaca Congestiva - classe de funcionalidade III e IV*. Sao Paulo.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-Bref: Introduction, administration, scoring and assessment of the generic version - field trial version*. Geneva.

ANEXO I - MOS SF36 – Questionário de estado de saúde

ESCALA SF-36 V2

Para responder coloque uma cruz no número que melhor descreve a sua saúde

1 – Em geral, diria que a sua saúde é:

- | | |
|------------------|----------------------------|
| Excelente | <input type="checkbox"/> 1 |
| Muito Boa | <input type="checkbox"/> 2 |
| Boa | <input type="checkbox"/> 3 |
| Razoável | <input type="checkbox"/> 4 |
| Fraca | <input type="checkbox"/> 5 |

2 – Comparando com há um ano atrás, como classificaria o seu estado geral de saúde actual:

- | | |
|---|----------------------------|
| Muito melhor agora que há um ano atrás | <input type="checkbox"/> 1 |
| Um pouco melhor que há um ano atrás | <input type="checkbox"/> 2 |
| Aproximadamente igual há um ano atrás | <input type="checkbox"/> 3 |
| Um pouco pior que há um ano atrás | <input type="checkbox"/> 4 |
| Muito pior que há um ano atrás | <input type="checkbox"/> 5 |

3 – As perguntas que se seguem são sobre actividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde actual o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com uma cruz em cada linha)

| | Sim Muito limitado/a | Sim, um pouco limitado/a | Não, nada limitado/a |
|---|-------------------------------------|---|---------------------------------|
| Actividades vigorosas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos árduos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa, andar de bicicleta ou nadar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Levantar ou carregar as compras da mercearia | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Subir vários lanços de escadas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Subir um lanço de escadas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Andar mais de 1 Km | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Andar algumas centenas de metros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Andar cem metros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Tomar banho ou vestir-se sozinho/a | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

| | | |
|--------------------|---------------|------------------|
| DATA 15-07-2010 | ELABORADO POR | ENFERMEIRA CHEFE |
|--------------------|---------------|------------------|

SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA
PERCURSO INTEGRADO DO UTENTE NA CONSULTA DE FOLLOW-UP

4 – Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

| | Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Realizou menos do que queria | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo foi preciso mais esforço) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

5 – Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve algum dos problemas apresentados a seguir com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

| | Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Realizou menos do que queria | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Realizou o trabalho ou outras actividades de forma menos cuidadosa que o habitual | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

6 – Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a sua família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

| Absolutamente nada | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Imenso |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

7 – Durante as últimas 4 semanas, quanta dor no corpo teve?

| Nenhumas | Muito fracas | Ligeiras | Moderadas | Fortes | Muito fortes |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

| | | |
|--------------------|---------------|------------------|
| DATA 15-07-2010 | ELABORADO POR | ENFERMEIRA CHEFE |
|--------------------|---------------|------------------|

8 – Durante as **últimas 4 semanas**, de que forma é que a **dor** interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Absolutamente nada | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Imenso |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

9 – As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas **durante as últimas 4 semanas**. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as **últimas 4 semanas...**

| | Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|---|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Se sentiu cheio/a de vitalidade? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Se sentiu muito nervoso/a? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Teve muita energia? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sentiu-se triste e deprimido? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Se sentiu estafado/a? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Se sentiu feliz? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Se sentiu cansado/a? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 – Durante as **últimas 4 semanas**, até que ponto é que a **sua saúde física ou problemas emocionais** limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

| | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

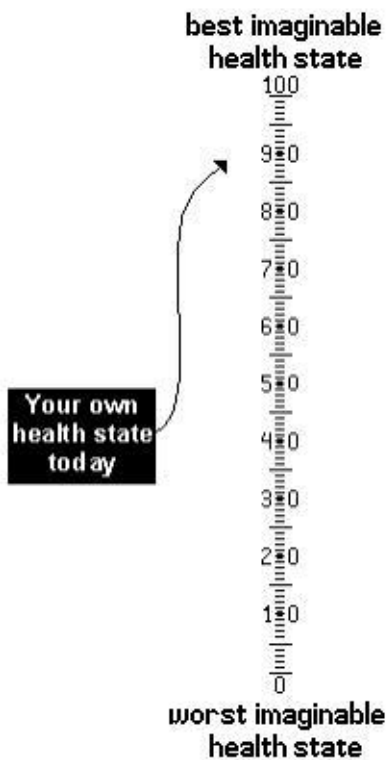
11 – Por favor, diga em que medida são VERDADEIRAS ou FALSAS cada uma das seguintes afirmações para si.

| | Absolutamente verdade | Bastante verdade | Não sei | Bastante falso | Absolutamente falso |
|---|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Parece que adoço mais facilmente do que os outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| A minha saúde é excelente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | | |
|--------------------|---------------|------------------|
| DATA 15-07-2010 | ELABORADO POR | ENFERMEIRA CHEFE |
|--------------------|---------------|------------------|

ANEXO II - 5D – 5L EuroQoL Questionnaire

EQ-5D



- MOBILITY
 - I have no problems in walking about
 - I have some problems in walking about
 - I am confined to bed
- SELF-CARE
 - I have no problems with self-care
 - I have some problems washing or dressing myself
 - I am unable to wash or dress myself
- USUAL ACTIVITIES (e.g. work, study, housework family or leisure activities)
 - I have no problems with performing my usual activities
 - I have some problems with performing my usual activities
 - I am unable to perform my usual activities
- PAIN/DISCOMFORT
 - I have no pain or discomfort
 - I have moderate pain or discomfort
 - I have extreme pain or discomfort
- ANXIETY/DEPRESSION
 - I am not anxious or depressed
 - I am moderately anxious or depressed
 - I am extremely anxious or depressed

ANEXO III - Certificado de Poster no II Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem da UCP



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTUGAL

II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Escola de Lisboa)

“Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Sérgio Miguel de Oliveira Rodrigues, Susana Fernandes Tormenta e Isabel Rabiais**, participaram no **II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 29 de novembro de 2019, com a apresentação de Poster com o tema

***“Abordagem extra-hospitalar ao doente vitima de edema agudo do pulmão cardiogénico:
Utilização do sistema CPAP BOUSSIGNAC Vs BIPAP”***

Lisboa, 29 de novembro de 2019.



O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



APÊNDICE I - Poster “Abordagem extra-hospitalar ao doente vítima de Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico: Utilização do Sistema CPAP Boussignac® Vs BiNivel”



ABORDAGEM EXTRA-HOSPITALAR AO DOENTE VITIMA DE EDEMA AGUDO DO PULMÃO CARDIOGÉNICO: UTILIZAÇÃO DO SISTEMA CPAP BOUSSIGNAC® Vs BiNível

Autores: Sérgio Rodrigues^{1,2}; Susana Tormenta²; Isabel Rabiais¹
(¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; ² Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central)



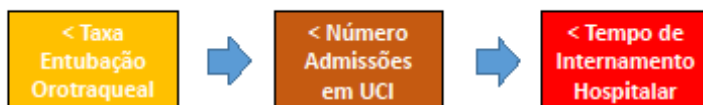
Introdução

Dispneia é definida como dificuldade em respirar com sensação de opressão e mal-estar (Manuila, Manuila, Nicoulin, & Lewalle, Abril 2003). O doente com dispneia grave não controlada em tempo útil pode resultar na necessidade emergente de entubação orotraqueal. Esta revisão de literatura está orientada para o doente com dispneia grave em contexto de Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico (EAPC) mostrando uma perspetiva atual da evidência e dos estudos mais recentes no que respeita às indicações e *outcomes* do suporte ventilatório não invasivo como método de melhoria sintomática e gasimétrica do doente. O EAPC consiste num episódio de insuficiência cardíaca acompanhada de dificuldade respiratória e saturações periféricas de oxigénio <90% decorrente da passagem de fluido intravascular para o interstício pulmonar e alvéolos (Braunwald, Hauser, & Jameson, 2006). Atualmente, além do avançado conhecimento sobre a fisiopatologia do EAPC e do profundo conhecimento dos fármacos a administrar neste contexto, existem também soluções tecnológicas de suporte ventilatório não invasivo (VNI). Destacam-se duas, o CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) e BiNIVEL (*Bilevel Positive Airway Pressure*). Ainda que já seja comum observar-se a utilização, quer do sistema CPAP *Boussignac*®, quer do BiPAP, em contexto extra-hospitalar, existem ainda algumas divergências de opinião acerca de qual preferir em contexto de EAPC.

Materiais e Métodos

Foram integrados estudos quantitativos, qualitativos e revisões de literatura provenientes de nove bases de dados electrónicas com referência à utilização de VNI em contexto extra-hospitalar como forma adjuvante de tratamento ao doente com dispneia grave em contexto de EAPC. **Descritores:** *Prehospital AND Pulmonary Edema AND (Boussignac OR CPAP OR BiPAP)* no limite temporal entre 2010 e 2019. Foram analisados um total de 9 artigos com acesso livre à totalidade do documento.

Resultados



No contexto do doente com EAPC há evidência que a utilização do sistema CPAP *Boussignac*® no extra-hospitalar diminui francamente o número de entubações orotraqueais e a consequente admissão do doente em Unidade de Cuidados Intensivos (Spijker, de Bont, Bax, & Sandel, 2013).

Um dos estudos refere maior facilidade de adaptação do doente à máscara facial *Boussignac*® que à máscara e aos ciclos de pressão do BiPAP já que este último exige colaboração do doente. Observa-se maior e mais rápido conforto respiratório do doente com o CPAP *Boussignac*® diminuindo a ansiedade e a sensação de sufoco pela máscara como consequência da diminuição do esforço ventilatório (Wong, Tam, & Van Zundert, 2013).

Conclusão

De acordo com a análise bibliográfica realizada é possível perceber que há concordância na utilização do sistema CPAP *Boussignac*® como adjuvante importante da terapêutica médica convencional no tratamento do doente com EAPC.

O sistema CPAP *Boussignac*® mostra ser vantajoso também pelo facto de ser prático, leve, eficaz e não necessitar de fonte de energia, bem como não haver qualquer registo de complicações para o doente (Brusasco, et al., 2015).

Papel do Enfermeiro: Nas várias pesquisas realizadas não há referência ou distinção entre abordagem ao doente com EAPC em contexto extra-hospitalar com e sem Enfermeiro presente na equipa. A evidência prática diz-nos que o Enfermeiro, face às suas competências de comunicação e de relação de ajuda consegue ser um elemento chave no controlo da ansiedade, na titulação das pressões ventilatórias à tolerância do doente bem como para a segurança do doente no que diz respeito à administração segura de terapêutica.

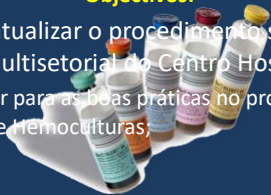
APÊNDICE II - Sessão de formação “Colheita de Hemoculturas: Um procedimento fundamental na gestão e controlo da infeção”

Colheita de Hemoculturas:

Um procedimento fundamental na gestão e controlo da infeção

Objectivos:

1. Rever e atualizar o procedimento segundo a norma multisetorial do Centro Hospitalar;
2. Sensibilizar para as boas práticas no procedimento de colheita de Hemoculturas;



Hemoculturas

Definição

Hemocultura é um exame laboratorial que visa despistar a presença de microorganismos no sangue (Ex: Bacteriémia) através do uso de meios de cultura específicos.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004

Hemocultura Contaminada

| Microorganismos | Faixa de Prevalência (%) |
|---|--------------------------|
| Staphylococcus epidermidis | 85-100 |
| Staphylococcus aureus | 10-15 |
| Streptococcus pyogenes (grupo A) | 0-4 |
| Propionibacterium acnes (diferentes anaeróbios) | 45-100 |
| Cornibactérias (diferentes aeróbios) | 55 |
| Candida spp. | comum |
| Clostridium perfringens (especialmente nas extremidades inferiores) | 40-60 |
| Enterobacteriaceae | incómun |
| Acinetobacter spp. | 25 |
| Moraxella spp. | 5-15 |
| Mycobacterium spp. | raro |

Adaptado de: HERCEG, R.J.; PETERSON, L.R. Normal Flora in Health and Disease. In: SHULMAN, S.T. et al. The Biological and Clinical Basis of Infectious Diseases 5th. WB. Philadelphia: Saunders Company, 1997. p. 5-141.

É uma hemocultura positiva porém o microorganismo identificado pertence à flora cutânea.

Taxa Contaminação UGP em 2018:
3,8%

Taxa Contaminação UCI CT Out 2019:
3,3%

Fonte: Grupos de trabalho PPCIRA H.S. José e H.S. Marta.

Hemoculturas Contaminadas: Consequências

Diagnóstico
Incorreto

Terapêutica
Incorreta

- Maior período Internamento
- Aumento de Custos

Hemoculturas

Custo de cada par de Hemoculturas:

147,23 Eur
(Ato e processamento laboratorial com identificação de suscetibilidade)



Lista de Preços PNAEQ/Labquality 2017

Hemoculturas Contaminadas: Factores que influenciam a taxa de contaminação

Proficiência do Enfermeiro

Elementos novos Vs Elementos
mais velhos

Desinfecção Cutânea

Estudo caso-controlo.
"Consequences of Implementing a "Better" Blood Culture System"
(Internet ISSN: 1557-8674 (Electronic) Linking ISSN: 10962964 NLM ISO
Abbreviation: Surg Infect (Larchmt) Subsets: MEDLINE, Maio 2018)

Hemoculturas: Material Necessário



Hemoculturas: 1º Passo

Passo 1 - Escolha de espaço físico

- ✓ Escolha do local de forma a assegurar, as condições de assepsia que são exigidas pela técnica, como por questões de segurança do doente e não contaminação da amostra.

Hemoculturas: 2º Passo

Passo 2 - Preparação do material (Kit hemoculturas)



- ✓ Higienização das mãos;
- ✓ (2) Luvas Esterilizadas;
- ✓ (2) Máscaras cirúrgicas;
- ✓ (2) Campos esterilizados com orifício;
- ✓ (1) Campo esterilizado sem orifício;
- ✓ (2) Pacote compressas esterilizadas 10x10;
- ✓ (1) Frasco clorhexidina 2% alcoólica esterilizada 15 ml;
- ✓ (2) Seringas 20 ml;
- ✓ (4) Agulhas endovenosas;
- ✓ (4) Frascos BacT/ALERT FA PLUS (Aerobiose- Verde);
- ✓ (2) Requisições, uma para cada frasco;
- ✓ (2) Etiquetas para identificação dos frascos.

Hemoculturas: 3º Passo

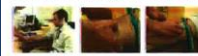
Passo 3 - Preparação frascos BacT/ALERT FA PLUS (Aerobiose- Verde).



- ✓ Higienização das mãos;
- ✓ Retirar tampa plástica do frasco;
- ✓ Limpar borracha com clorhexidina alcoólica 2% esterilizada.

Hemoculturas: 4º Passo

Passo 4 - Preparação do local de punção



- ✓ Preparar a mesa de apoio com o material necessário;
- ✓ Confirmar identificação do doente;
- ✓ Higienização das mãos;
- ✓ Colocar máscara cirúrgica e disponibilizar 2ª máscara ao doente;
- ✓ Utilizar técnica asséptica;
- ✓ Selecionar acesso de punção venosa;
- ✓ Acesso preferencialmente nos membros superiores;
- ✓ Evitar locais pré e pós-operatórios, áreas edemaciadas ou lesionadas ou membro superior homolateral a mastectomia ou fistula de diálise;
- ✓ Colocar luvas esterilizadas;
- ✓ Aplicar desinfetante da pele, clorhexidina 2% alcoólica;
- ✓ Deixar secar;
- ✓ Colocar campo esterilizado;
- ✓ Colher 10 ml de sangue para inocular no 1º frasco;
- ✓ Trocar a agulha para inoculação;
- ✓ Proceder de igual forma para o local de segunda punção.

Hemoculturas: 5º Passo

Passo 5 - Finalização do procedimento



- ✓ Retire o material utilizado, efetuando a triagem de resíduos (ex: agulha – corto perfurantes, Seringa – Grupo III saco branco).
- ✓ Retire as luvas;
- ✓ Higienização das mãos;
- ✓ Identifique os frascos: do utente/doente; data; hora; local de punção; ordem de colheita;
- ✓ Validar a colheita no HCIS;
- ✓ Providencie o transporte ao laboratório de imediato.



| |
|---|
| ÁREA DE URGÊNCIA, GERAL POLIVALENTE E CUIDADOS INTENSIVOS |
| URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE |
| HEMOCULTURAS |
| IT. CIRA 7003 |

A reter

- É fundamental o empenho de **TODOS** os Enfermeiros para a gestão e controlo da infeção;
- A lavagem de mãos será **SEMPRE** um passo fundamental antes de iniciar o procedimento;
- A contaminação das HC está principalmente ligada ao ato da colheita e não ao seu processamento;
- O principal beneficiado da correcta realização da colheita é o Doente;
- Diminuir a taxa de contaminação significa ter **GANHOS EM SAÚDE**;

**Obrigado pela
Atenção!**



**APÊNDICE III - Questionário de avaliação da satisfação
de formação em serviço**

Questionário de Satisfação - Formação em Serviço

Colheita de Hemoculturas

Um procedimento fundamental na gestão e controlo da infeção

Objectivos:

1. Rever e atualizar o procedimento segundo a norma multisetorial do Centro Hospitalar;
2. Sensibilizar para as boas práticas no procedimento de colheita de Hemoculturas;

Quanto ao Tema

| | Discordo totalmente | Discordo | Indiferente | Concordo | Concordo totalmente |
|---|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| Considero o tema pertinente | | | | | |
| Considero o tema importante para a minha prática diária | | | | | |

Quanto ao Formador

| | Discordo totalmente | Discordo | Indiferente | Concordo | Concordo totalmente |
|--|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| Considero que o formador foi claro e esclarecedor na sua comunicação | | | | | |

Sugestões

| |
|--|
| |
|--|

Dinamizador da ação de formação:

Enfermeiro Sergio Rodrigues (Mestrando em enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação Crítica)

