



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 1ª Edição

Estágio com Relatório Final em contexto de Cuidados Intensivos e em contexto de Urgência

Gestão da dor no doente com Enfarte Agudo do Miocárdio na primeira abordagem no Serviço de Urgência

Inês Pereira Laia

janeiro, 2026



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 1ª Edição

Estágio com Relatório Final em contexto de Cuidados Intensivos e em contexto de Urgência

Gestão da dor no doente com Enfarte Agudo do Miocárdio na primeira abordagem no Serviço de Urgência

Inês Pereira Laia

N.º 29191

Trabalho realizado sob orientação do
Professor Doutor Mauro Mota

janeiro, 2026

“Sentir é compreender.

Pensar é errar.

Compreender o que outra pessoa pensa é discordar dela.

Compreender o que outra pessoa sente é ser ela.”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível graças ao contributo e apoio de várias pessoas, a quem expresso o meu sincero agradecimento.

À minha família, pelo apoio incondicional, compreensão, paciência e incentivo constantes ao longo de todo este percurso. A sua presença foi fundamental nos momentos de maior exigência, constituindo um pilar essencial para a concretização deste objetivo.

Aos professores e orientadores e em especial ao Professor Mauro Mota, pelo acompanhamento, partilha de conhecimento, rigor científico e disponibilidade demonstrada ao longo do desenvolvimento deste trabalho. O seu contributo foi determinante para o meu crescimento académico e profissional.

Aos enfermeiros e profissionais de saúde com quem tive o privilégio de trabalhar durante os estágios e no contexto profissional, pelo acolhimento, partilha de experiências e pela inspiração diária na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Aos colegas de curso, pela entreaajuda, partilha de desafios e conquistas, companheirismo e apoio mútuo ao longo deste percurso, que tornaram este caminho mais enriquecedor e significativo.

Por fim, a todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu profundo agradecimento.

Resumo

Introdução: O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) constitui uma emergência médica associada a elevada morbidade e mortalidade, sendo a dor um dos principais sintomas na sua apresentação clínica. Em contextos de elevada complexidade, como o Serviço de Urgência (SU) e as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a avaliação e gestão adequadas da dor na primeira abordagem assumem particular relevância, uma vez que a dor não controlada pode desencadear respostas fisiológicas adversas, comprometendo a estabilidade clínica da pessoa em situação crítica. A vivência em contexto de estágio nestes serviços permitiu aprofundar a reflexão sobre a prática clínica do enfermeiro especialista, nomeadamente no que respeita à gestão da dor associada ao EAM.

Objetivos: Explanar e refletir acerca das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) à pessoa em situação crítica; descrever as atividades desenvolvidas promotoras da concretização dos objetivos estabelecidos; analisar a gestão da dor na pessoa com EAM na primeira abordagem no SU.

Metodologia: Relatório de estágio desenvolvido em contexto de Cuidados Intensivos e de SU, integrando um estudo observacional, quantitativo e retrospectivo, de natureza descritiva, realizado a partir da análise de processos clínicos de doentes com idade igual ou superior a 18 anos, admitidos no SU com diagnóstico de EAM, entre janeiro de 2023 e dezembro de 2024. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, recorrendo a frequências absolutas e relativas.

Resultados: A amostra foi constituída por 253 doentes. Evidenciaram-se fragilidades na avaliação e documentação da intensidade da dor no momento da triagem e na avaliação final, verificando-se uma redução dos registos ao longo do episódio de urgência de 54,9% no momento da triagem para 37,5% na avaliação final. Apesar de a uma proporção significativa de doentes ter sido administrada analgesia (64,9%), constatou-se a existência de práticas heterogêneas na gestão farmacológica da dor. A inconsistência dos registos impossibilitou a análise da variação individual da intensidade da dor e a avaliação da associação entre as intervenções analgésicas e a intensidade da dor. Paralelamente, o estágio permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas do enfermeiro na abordagem à pessoa em situação crítica em contextos de elevada complexidade.

Conclusão: A gestão da dor na pessoa com EAM em contexto de SU apresenta oportunidades de melhoria, particularmente no que respeita à avaliação sistemática e à documentação da intensidade da dor. A experiência de estágio e os resultados do estudo reforçam o papel do enfermeiro, em especial do enfermeiro especialista em EMC, na promoção de cuidados de enfermagem de qualidade, seguros e baseados na evidência à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfarte Agudo do Miocárdio; Dor; Gestão da dor; Serviço de Urgência; Enfermagem; Avaliação da Dor.

Abstract

Context: Acute Myocardial Infarction (AMI) is a medical emergency associated with high morbidity and mortality, with pain being one of the main symptoms of its clinical presentation. In highly complex settings, such as the Emergency Department (ED) and Intensive Care Units, appropriate pain assessment and management during the initial approach are particularly relevant, as uncontrolled pain may trigger adverse physiological responses, compromising the clinical stability of the critically ill patient. The internship experience in these settings enabled a deeper reflection on the clinical practice of the specialist nurse, particularly regarding pain management associated with AMI.

Objective: To explain and reflect on the common and specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the Critically Ill Patient; to describe the activities developed to promote the achievement of the established objectives; analyse pain management in patients with AMI during the initial approach in the ED.

Methodology: Internship report developed in Intensive Care and Emergency Department settings, integrating an observational, quantitative, retrospective, and descriptive study, based on the analysis of clinical records of patients aged 18 years or older, admitted to the ED with a diagnosis of AMI between January 2023 and December 2024. Data were analysed using descriptive statistics, including absolute and relative frequencies.

Results: The sample consisted of 253 patients. Weaknesses were identified in the assessment and documentation of pain intensity at triage and at the final assessment, with a reduction in pain records throughout the emergency episode from 54.9% at triage to 37.5% at the final assessment. Although a significant proportion of patients received analgesia (64.9%), heterogeneous practices in pharmacological pain management were observed. Inconsistent documentation precluded the analysis of individual pain intensity variation and the assessment of associations between analgesic interventions and pain intensity. Simultaneously, the internship allowed for the development and consolidation of specialised nursing competencies in the care of critically ill patients in highly complex contexts.

Conclusion: Pain management in patients with AMI in the ED setting presents opportunities for improvement, particularly regarding systematic pain assessment and documentation. The internship experience and the study findings reinforce the role of nurses—especially specialist nurses in Medical-Surgical Nursing—in promoting high-quality, safe, and evidence-based nursing care for critically ill patients.

Keywords: Acute Myocardial Infarction; Pain; Pain management; Emergency Department; Nursing; Pain Assessment.

Índice

Lista de tabelas	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução.....	1
Parte I - Estágio em contexto de Cuidados Intensivos e em contexto de Urgência	5
1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	7
1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	7
1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	11
1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados	13
1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	15
2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	19
2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica	19
2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	24
2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	25
Parte II - Investigação: Gestão da dor no doente com Enfarte Agudo do Miocárdio na primeira abordagem no Serviço de Urgência.....	27
Introdução.....	29
Enquadramento teórico	31
1. Enfarte Agudo do Miocárdio.....	31
1.1 Conceito e fisiopatologia.....	31

1.2 Classificação do EAM	31
1.3 Manifestações clínicas	32
2. Dor no Enfarte Agudo do Miocárdio	35
2.1 Conceito de dor	35
2.2 Características da dor no EAM.....	35
2.3 Impacto fisiológico e prognóstico.....	36
3. Avaliação e gestão da dor no Serviço de Urgência.....	37
3.1 Instrumentos de avaliação da dor.....	37
3.2 Intervenções farmacológicas.....	38
3.3 Intervenções não farmacológicas.....	39
3.4 Ação do enfermeiro.....	39
Metodologia	41
4.1 Tipo de estudo	41
4.2 Contexto do estudo	41
4.3 População e amostra	41
4.3.1 Critérios de inclusão	42
4.3.2 Critérios de exclusão.....	42
4.4 Variáveis do estudo	42
4.5 Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	44
4.6 Procedimentos de análise de dados.....	44
4.7 Considerações éticas	45
Resultados.....	47
5.1 Caracterização sociodemográfica da amostra	47
5.2 Triage de Manchester, fluxograma e discriminadores	48
5.3 Caracterização clínica dos doentes com EAM	51
5.4 Avaliação e monitorização da dor no SU.....	52

5.5 Intervenções analgésicas implementadas	54
5.6 Variação da intensidade da dor	55
Discussão.....	57
Conclusão	61
Referências Bibliográficas	63
Apêndices	67
Apêndice 1 – Infografia sobre o Ácido Tranexâmico	69
Apêndice 2 – Sessão de Formação “Triagem de Manchester – Catástrofe”	70
Anexos.....	77
Anexo 1 – <i>Check List</i> -Reposição de Unidades	79
Anexo 2 - Tabela de comunicação utilizada na UCIP	80
Anexo 3 - Protocolos de Nutrição Entérica e de Administração de Insulina	81
Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética.....	84
Anexo 5 – Certificado de participação com o tema “ <i>Critical Care</i> : Gestão da dor no doente crítico – Dor torácica”	85
Anexo 6 – Declaração de Integridade Científica – Uso de Inteligência Artificial.....	86

Lista de tabelas

		Página
Tabela 1	Caraterização sociodemográfica da amostra (n=253)	47
Tabela 2	Caraterização da Triagem de Manchester nos doentes com EAM (n=253)	49
Tabela 3	Caraterização clínica dos doentes com EAM	52
Tabela 4	Avaliação e monitorização da intensidade da dor na triagem e na avaliação final	53
Tabela 5	Administração de analgesia no SU e fármacos administrados	55

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ABCDE	Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APA	American Psychological Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS	Índice Biespectral
BO	Bloco Operatório
BPS	Behavioral Pain Scale
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CI	Cuidados Intensivos
CVC	Cateter Venoso Central
CVVHDF	Continuous veno-venous hemodiafiltration
DGS	Direção-Geral da Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EAMCST	Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST
EAMSST	Enfarte Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST
ECG	Eletrocardiograma
EEMI	Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
ESC	European Society of Cardiology
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HAL	Hospital Amato Lusitano
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
IASP	International Association for the Study of Pain

IC	Insuficiência Cardíaca
ISBAR	Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendation
KPC	Klebsiella Pneumoniae produtora de Carbapenemase
LRA	Lesão Renal Aguda
MRSA	Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina
NAS	Nursing Activities Score
NE	Nutrição Entérica
NEWS	National Early Warning Score
OE	Ordem dos Enfermeiros
PA	Pressão Arterial
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RASS	Richmond Agitation and Sedation Scale
SAV	Suporte Avançado de Vida
SMI	Serviços de Medicina Intensiva
SpO ₂	Saturação Periférica de Oxigénio
SU	Serviço de Urgência
TA	Tensão Arterial
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
UMC	Urgência Médico-Cirúrgica
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Introdução

A elaboração deste relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório Final, integrada no 1º Curso de Mestrado em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). Este percurso formativo contempla a realização de estágios em contexto de Cuidados Intensivos (CI) e em contexto de Urgência, visando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Os estágios decorreram em contexto de CI, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e em contexto de Urgência, no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Amato Lusitano (HAL), da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB), no período compreendido entre 16 de setembro de 2024 e 15 de novembro de 2024 e entre 18 de novembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025, respetivamente, perfazendo uma carga horária total de 360 horas.

A orientação pedagógica dos estágios esteve a cargo da Professora Doutora T.S.L., contando com a coorientação dos enfermeiros especialistas em EMC E.L. e N.A., a desempenhar funções na UCIP e dos enfermeiros P.M. e G.P., a desempenhar funções no SU do HAL, ULSCB.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são serviços destinados à observação e tratamento de doentes cuja situação clínica é considerada crítica, mas potencialmente reversível, carecendo por isso de monitorização contínua e apoio das funções vitais (ACSS, 2013, p.2). Estes contextos caracterizam-se por um elevado grau de complexidade, no qual os profissionais de saúde assumem um papel central na vigilância contínua, na tomada de decisão clínica e na prestação de cuidados altamente especializados (OE, 2017).

Por sua vez, o SU é definido como um serviço hospitalar de ação médica multidisciplinar e multiprofissional, destinado à prestação de cuidados de saúde em situações de emergência e urgência médicas, exigindo uma intervenção imediata adequada à gravidade clínica apresentada (Despacho Normativo n.º 11/2002; Diário da República, 2002). Nestes contextos, a PSC apresenta uma ou mais funções vitais em risco eminente, requerendo cuidados de enfermagem altamente qualificados, contínuos e diferenciados, com o objetivo de manter as

funções básicas de vida, prevenir complicações, limitar incapacidades e promover a recuperação (Regulamento n.º 429/2018).

A área de atuação do enfermeiro com especialização em enfermagem à PSC preconiza como alvo apenas a PSC. Os cuidados prestados podem derivar de uma situação emergente, de exceção e de catástrofe. Como descrito no regulamento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), entende-se que a vida da pessoa esteja ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e também cuja sobrevivência irá depender de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE, Anexo II).

Uma UCI traduz-se numa área de elevada complexidade, uma vez que é designada a prestar cuidados de saúde especializados a doentes em situações críticas ou em risco de vida. O internamento nestas unidades traduz-se numa situação inesperada e potencialmente perturbadora tanto para o doente, caso possua capacidade para perceber o seu estado de saúde, como para a sua família. Assim sendo, estas unidades caracterizam-se pela utilização de tecnologia avançada que permite uma monitorização rigorosa dos doentes internados e posteriormente, intervir atempadamente e continuamente com o intuito de estabilizar o doente (ACSS, 2013; Urden, Stacy, & Lough, 2021).

De igual modo, o SU assume um papel determinante na receção, diagnóstico e tratamento de pessoas com doença súbita ou vítimas de trauma que necessitam de atendimento imediato em meio hospitalar (ACSS, 2015). Os cuidados de enfermagem prestados nestes contextos exigem observação contínua, capacidade de antecipação, deteção precoce de complicações e intervenção eficaz em tempo útil, assegurando cuidados de elevada qualidade à pessoa, família e/ou cuidador (OE, Anexo II).

A integração de enfermeiros especialistas nas equipas da UCIP e do SU revela-se fundamental, uma vez que estes profissionais detêm conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico, tomada de decisão e resposta às necessidades complexas da PSC (Regulamento n.º 122/2011).

De acordo com o n.º 2 do artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC, apresenta como competências específicas: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a

Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Para a realização deste relatório delinearam-se como objetivos: explicar e refletir acerca das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC à PSC; descrever as atividades desenvolvidas promotoras da concretização dos objetivos estabelecidos nos projetos de estágio.

O presente documento tem como finalidade analisar, de forma crítica e reflexiva, a aquisição de competências e as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, tendo sido elaborado de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESSV.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte é abordada a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista nos dois contextos de estágio, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC. Na segunda parte do relatório é apresentado o estudo de investigação - “Gestão da dor no doente com Enfarte Agudo do Miocárdio na primeira abordagem no Serviço de Urgência”.

Parte I - Estágio em contexto de Cuidados Intensivos e em contexto de Urgência

1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns do enfermeiro especialista correspondem a um conjunto de capacidades transversais a todas as áreas de especialização, integrando dimensões como a educação dos clientes e dos pares, a orientação, o aconselhamento e a liderança. Estas competências incluem ainda a responsabilidade de descodificar, disseminar e desenvolver investigação pertinente e relevante, com o objetivo de promover a melhoria contínua da prática de enfermagem.

Independentemente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de competências comuns, evidenciadas pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo suporte efetivo ao exercício profissional especializado nos domínios da formação, da investigação e da assessoria (Regulamento n.º 140/2019, Artigo 3.º, p. 4745).

No âmbito da realização dos projetos de estágio, foram definidos objetivos e planeadas atividades orientadas para a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC. Estas atividades foram desenvolvidas nos contextos de UCIP e no SU, permitindo a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e o desenvolvimento progressivo de competências especializadas.

Nos pontos seguintes, serão apresentadas e analisadas as competências comuns do enfermeiro especialista em EMC, evidenciando as atividades desenvolvidas nos contextos de estágio e refletindo criticamente sobre o grau de concretização dos objetivos previamente estabelecidos.

1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No que concerne ao Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional ética, responsável e legalmente fundamentada, atuando de acordo com a legislação em vigor, os princípios éticos e a deontologia profissional. Este domínio integra ainda a responsabilidade de garantir cuidados

que respeitem os direitos humanos, a dignidade da pessoa e a segurança dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, Artigo 5.º, p. 4745).

De acordo com Regulamento n.º 140/2019, Anexo I, o enfermeiro especialista deve evidenciar uma prática assente num exercício seguro, profissional e ético, demonstrando competências de tomada de decisão ética e deontológica. Estas competências pressupõem um corpo de conhecimento sólido no domínio ético e deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e concomitantemente com as preferências do doente, procurando respeitar os direitos humanos, analisar e interpretar situações específicas de cuidados especializados e saber gerir situações que sejam potencialmente comprometedoras para o doente.

Durante a realização dos estágios procurei integrar ativamente as equipas, desenvolvendo uma prática profissional sustentada nos princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando sempre a segurança, privacidade e dignidade do doente, prestando-lhe cuidados de forma holística. A minha atuação pautou-se pelo respeito, pela segurança, privacidade e dignidade da pessoa, prestando cuidados de forma holística e centrada na PSC. A conduta profissional adotada esteve alinhada com o Código Deontológico dos Enfermeiros, onde é referido que o enfermeiro assume o dever de respeitar o direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital (Lei n.º 156/2015, Artigo 103.º). O enfermeiro tem ainda o dever de sigilo profissional, assegurando a confidencialidade da informação clínica e partilhando apenas a informação pertinente aos implicados no plano terapêutico (Lei n.º 156/2015, Artigo 106.º).

Para a concretização do objetivo específico estipulado no projeto de estágio “Compreender a dinâmica funcional e estrutural da UCIP/SU”, foram desenvolvidas diversas atividades que contribuíram para a aquisição desta competência comum. Destaca-se a realização de visitas guiadas aos serviços, acompanhadas pelos enfermeiros orientadores que permitiram conhecer a organização estrutural, funcional e física dos serviços, bem como os circuitos assistenciais e a articulação entre os mesmos. Considero este conhecimento fundamental para uma integração eficaz na equipa e para a prestação de cuidados seguros e adequados.

A equipa de enfermagem da UCIP é constituída por 27 enfermeiros, dos quais um dos enfermeiros, especialista em enfermagem de reabilitação, exerce também funções de gestão. Integram também a equipa mais dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, nove enfermeiros especialistas em EMC e os restantes são enfermeiros de cuidados gerais. O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho,

existindo, no entanto, uma relação de interajuda entre os diversos elementos, principalmente em situações de emergência e de admissão de doentes.

A UCIP da ULSCB tem a classificação de unidade de nível II e encontra-se situada no quarto piso do HAL. Dispõe de oito camas de internamento e recebe doentes provenientes do SU, Bloco Operatório (BO)/Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, Unidade de Cuidados Intermédios e de qualquer serviço de internamento. A UCIP integra a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) que está disponível 24h/dia e é constituída por dois elementos: o médico que se encontre de serviço e que esteja previamente escalado para o efeito, assim como um dos quatro enfermeiros presentes em cada turno. A equipa é acionada através do número interno utilizado para o efeito (2222) e faz-se acompanhar pela mala de emergência, um monitor desfibrilhador e uma bala de oxigénio (O₂) portátil. Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar uma ocorrência, o que permitiu observar na prática a importância da atuação ética, célere e articulada em situações de emergência, respeitando sempre os princípios da segurança e da responsabilidade profissional.

A estrutura da zona de cuidados da unidade é um espaço amplo e aberto com disposição em “U” com uma central de monitorização no centro e com a sala de trabalho adjacente, sendo vantajoso para uma visualização direta e constante de todos os doentes, permitindo uma vigilância mais ativa. Cada unidade individual do doente dispõe de suporte ventilatório, nomeadamente o Servo-i, monitorização não invasiva e invasiva. Todos os monitores do serviço estão conectados a uma rede informática estruturada que permite o acesso em qualquer ponto das instalações. De forma a promover a privacidade de cada doente, as unidades estão separadas entre si por cortinas e dispõem de material clínico diverso e de uso exclusivo para cada doente procurando minimizar o risco de infeções cruzadas.

Sendo a UCIP uma unidade de nível II e de acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, esta recomenda rácios de enfermeiro/doente de 1:2, respeitando a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. De acordo com as orientações internacionais, a OE recomenda que na constituição das equipas dos Serviços de Medicina Intensiva (SMI) 50% dos enfermeiros sejam especialistas em EMC, nomeadamente na área de enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas, precisamente por deterem formação especializada para os serviços em questão (OE, 2020).

A equipa de enfermagem do SU é constituída por 45 enfermeiros, dos quais um dos enfermeiros, especialista em EMC, exerce também funções de gestão. Integram também a equipa enfermeiros especialistas em: EMC (9), enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (2),

enfermagem comunitária (1), enfermagem de saúde infantil e pediátrica (1) e enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (1), os restantes são enfermeiros de cuidados gerais. A maioria destes enfermeiros asseguram a escala de prevenção para o transporte inter-hospitalar do doente crítico e alguns elementos integram também a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Os enfermeiros encontram-se divididos por equipas de trabalho (9) cada uma composta por cinco elementos. O coordenador de equipa é o enfermeiro detentor de especialidade mais antigo no serviço. O turno da manhã é assegurado por dez elementos na prestação de cuidados, com a presença de um enfermeiro apenas a exercer funções de gestão. No turno da tarde estão presentes nove elementos e no turno da noite apenas cinco.

No contexto de SU, não se encontram reunidas as condições ideais para o cumprimento das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, uma vez que o recomendado é que 50% da equipa seja constituída por enfermeiros especialistas em EMC, na área de enfermagem à PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) em permanência nas 24h e que o posto de triagem seja assegurado por um enfermeiro especialista em EMC na área da PSC e com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades (Regulamento nº 743/2019, 2019).

Os serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (UMC) são o primeiro nível de acolhimento de situações de urgência e emergência, integrado na rede hospitalar Urgência/Emergência, uma vez que são consideradas unidades diferenciadas, devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a um hospital distrital. Os hospitais com UMC devem estar obrigatoriamente articulados com hospitais com Urgência Polivalente (nível superior), com os do mesmo nível da sua área e com os de nível inferior (Urgência Básica) (DGS-Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência, 2001, p. 8).

O SU da ULSCB está situado no terceiro piso do HAL, onde se encontra integrada a Unidade de Cuidados Intermédios. Localizado no mesmo piso, encontra-se o Serviço de Imagiologia, permitindo assim um rápido acesso em situações de emergência. No quarto piso encontra-se o BO e a UCIP, serviços que frequentemente recebem doentes do SU.

Atendendo às necessidades específicas dos doentes que recorrem ao SU e à gestão do circuito de doentes, este subdivide-se em áreas principais de serviços. O primeiro contacto do doente no SU inicia-se pela Triagem que apresenta um posto de triagem permanente, existindo a possibilidade de dois postos de triagem, de acordo com a afluência de doentes. Existem dois gabinetes médicos de consulta, com a possibilidade de ocupação de um terceiro gabinete. A

área de cirurgia é composta por uma sala com capacidade para alocar cerca de três macas e dispõe de aparelhos de monitorização não invasiva, oxigenoterapia, rampa de vácuo e ecógrafo. Anexa a esta sala, existe a sala de pequena cirurgia, onde é possível observar doentes com necessidade de cuidados de penso ou observação médica, promovendo assim a privacidade do doente. Na mesma zona existe um gabinete de ortopedia. Presente no SU e de fácil acesso, encontra-se a sala de emergência com duas macas, no entanto, existe a possibilidade de alocar mais duas macas, uma vez que a sala dispõe de material e equipamentos suficientes para o efeito. Nesta sala estão também disponíveis um carro de emergência de adultos e um pediátrico, ambos com monitores desfibriladores (Lifepack), no entanto, o carro de emergência pediátrico não é tão utilizado atualmente, uma vez que a Urgência Pediátrica se encontra separada do SU de adultos. Nesta sala é possível realizar monitorização invasiva e estão também disponíveis ventiladores. A estrutura da sala de tratamento de doentes urgentes e muito urgentes é em *open space* com capacidade para alocar macas e cadeiras. Nesta sala localiza-se a zona de trabalho e de preparação de terapêutica, assim como a zona para realização de eletrocardiogramas (ECG) (presença de um técnico das 8h às 24h). A Unidade de Cuidados Intermédios é constituída por dois quartos, cada um com duas camas. A unidade tem capacidade para monitorização invasiva e dispõe de um carro de emergência. Anexa à Unidade de Cuidados Intermédios encontra-se a área dedicada a doentes do foro respiratório e um gabinete de urgência de psiquiatria de forma a dar resposta a doentes do foro psiquiátrico e um gabinete de informações aos familiares.

O SU articula-se com o Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e com a Unidade de Hemodinâmica da ULS da Cova da Beira.

Para a aquisição e consolidação desta competência, procedi à consulta de diversos procedimentos internos em vigor na UCIP e no SU do HAL da ULSCB, assim como normas e protocolos de atuação.

1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O enfermeiro especialista deve ser dinamizador no desenvolvimento e no suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica, colaborando na conceção e na operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade. É importante que participe na disseminação necessária desde a sua apropriação até ao nível operacional e que reconheça que a melhoria da qualidade passa pela avaliação das práticas. Em função dos

resultados deve proceder a uma eventual revisão das mesmas e posterior implementação de programas de melhoria contínua. Uma prática clínica centrada no doente com o intuito de prevenir incidentes e assegurar a efetividade terapêutica é imprescindível, procurando promover ativamente a envolvência adequada ao bem-estar e gestão do risco (Regulamento n.º 140/2019, Anexo II, p. 4747).

A melhoria da qualidade dos cuidados constitui uma preocupação constante e para o efeito, a OE publicou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, reforçando a sua importância com a posterior divulgação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área de enfermagem à PSC (OE, 2017).

De acordo com o explanado no documento elaborado pela OE e aprovado na Assembleia do Colégio da Especialidade de EMC, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na Área de Enfermagem à PSC, evidenciam, através de enunciados descritivos: a satisfação do cliente; a promoção da saúde com o objetivo de alcançar o máximo potencial de saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado procurando suplementar/complementar as atividades de vida diárias relativamente às quais o cliente é dependente; a readaptação funcional desenvolvendo conjuntamente com o cliente processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e gestão da doença; a organização dos cuidados de enfermagem; prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos; segurança nos Cuidados Especializados, uma vez que face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer do processo de doença, o enfermeiro especialista em EMC procede à gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua atuação, salvaguardando a segurança de todos os intervenientes (OE, 2017).

Gerir os cuidados de enfermagem, implica por parte do enfermeiro especialista, efetuar o diagnóstico das necessidades e dos problemas gerais do doente, planear as suas intervenções estabelecendo prioridades na sua prestação de cuidados e intervir adequadamente selecionando os recursos necessários. Durante todo o processo, é importante avaliar continuamente os resultados obtidos em colaboração com o doente e com a restante equipa (OE, 2011). Neste contexto, considero que a comunicação eficaz e assertiva dentro da equipa multidisciplinar é imprescindível para que a continuidade dos cuidados seja prestada da forma mais adequada possível.

Durante a realização dos estágios, foi possível concretizar o objetivo específico previamente definido “Desenvolver competências a nível técnico, relacional e científico com o

intuito de prestar cuidados de enfermagem de qualidade centrados na PSC, internada em CI ou no SU, envolvendo a sua família como parte integrante de todo o processo” e por isso considero esta competência comum adquirida, uma vez que participei ativamente na abordagem inicial ao doente aquando da admissão e em todos os níveis de transição de cuidados, seguindo a abordagem ABCDE (Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure). Estabeleci prioridades durante a prestação de cuidados e implementei intervenções de enfermagem baseadas em evidências, monitorizei a resposta dos doentes às intervenções executadas e realizei registos de enfermagem na plataforma SClínico. Também garanti um ambiente terapêutico e seguro, centrado no doente, protegendo a sua privacidade e prevenindo incidentes.

Através do registo diário e no âmbito da gestão da qualidade, utilizei como instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem nos doentes internados nas UCI a escala *Nursing Activities Score* (NAS) que contribui não apenas para a qualidade dos cuidados, como também para a otimização dos recursos e redução de custos (Macedo, 2017).

Por sua vez, no SU, o elevado fluxo de doentes, a imprevisibilidade das situações clínicas e a possibilidade de ocorrência de episódios de urgência/emergência, incluindo situações de multivítimas ou alteração do estado de consciência, tornam a segurança do doente uma preocupação constante. Adicionalmente, a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) assume particular relevância, uma vez que o ambiente do SU nem sempre reúne as condições ideais para garantir níveis ótimos de assepsia, exigindo uma vigilância acrescida e a adoção rigorosa de medidas de controlo de infeção (DGS, 2015).

No que concerne à gestão e administração de terapêutica, apliquei os princípios de segurança na administração de modo a prevenir qualquer tipo de acidentes, monitorizando a resposta do doente e respeitando as indicações de utilização dos diferentes fármacos, assim como possíveis incompatibilidades.

Face ao exposto, considero que adquiri esta competência, capacitando-me assim para a gestão do risco e de processos de melhoria contínua.

1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

O Domínio da Gestão dos Cuidados integra um conjunto de competências fundamentais do enfermeiro especialista, centradas na organização, coordenação e supervisão dos cuidados de enfermagem, bem como na otimização das respostas da equipa e na articulação eficaz com

a equipa multidisciplinar. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (Anexo III), compete ao enfermeiro especialista gerir os cuidados de enfermagem de forma a garantir a qualidade, a segurança e a adequação das intervenções, ajustando a liderança e a gestão dos recursos ao contexto e às situações clínicas vivenciadas.

O Regulamento n.º 101/2015 referente ao Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor expõe a necessidade de o exercício de funções de gestão ser realizada por enfermeiros, pela elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional dos profissionais e por isso, necessita de ser reconhecido, validado e posteriormente certificado pela OE. Deve ainda garantir o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo promotor do desenvolvimento profissional dos elementos da sua equipa, promovendo a construção de um ambiente favorável à prática clínica, sendo por isso considerado “o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.” (Regulamento n.º 101/2015, Artigo 3.º, p. 5949).

Aquando da alta clínica do doente, na UCIP, cada unidade é submetida a procedimentos de desinfeção e posterior reposição, existindo para o efeito um documento denominado “*Check List - Reposição de Unidades*” (Anexo 1), especificando o material que deve estar presente no braço direito da unidade, composta por material de apoio como adesivos, compressas e material de aspiração e no braço esquerdo onde se encontram essencialmente os monitores e o ventilador. Durante o estágio, tive oportunidade de participar ativamente na reposição de várias unidades e na realização do teste funcional do ventilador, assegurando que este se encontrava operacional e apto para utilização em futuras admissões, o que contribuiu para a garantia da segurança e da prontidão assistencial.

A UCIP dispõe de dois carros de emergência preparados com o material necessário para atuar em caso de emergência e de forma a garantir que os mesmos se encontram aptos a ser utilizados, são realizadas pelos enfermeiros do serviço revisões gerais dos carros de emergência. As revisões são realizadas no dia um de cada mês no turno da tarde, assim como a *check-list* integral e confirmação de validades de fármacos e restante material. No dia quinze de cada mês é realizada a *check-list* integral. No turno da tarde e nos meses de janeiro e junho, os carros de emergência são higienizados integralmente. O mesmo acontece no dia quinze de cada mês.

No decorrer do estágio no SU, foi-me igualmente possível participar na gestão de recursos materiais e equipamentos, uma vez que a minha enfermeira orientadora desempenhou funções de gestão na ausência da enfermeira gestora do serviço, conseguindo por isso adquirir

conhecimentos e competências na área de gestão e de liderança. Esta função é diariamente executada pela enfermeira responsável que tem horário fixo, de segunda a sexta-feira e na sua ausência pelo enfermeiro coordenador de turno, sendo o enfermeiro especialista com maior antiguidade no serviço. Independentemente da especialidade, na ausência de especialista é o enfermeiro mais antigo da mesma categoria e que acumula a função de prestador direto de cuidados no turno da tarde e noite. No início de cada turno, é realizada a distribuição dos elementos do turno pelas diversas valências. O método de trabalho adotado, baseia-se no método funcional ou de tarefa.

A sala de emergência requer maior controlo de verificação de material e equipamentos, pela sua especificidade, desta forma, diariamente são verificados os monitores desfibriladores. Semanalmente, à sexta-feira, é realizada a *check-list* da sala de emergência e do carro de emergência da Unidade de Cuidados Intermédios. Mensalmente, são verificados os ventiladores e o carro de emergência de adultos e o pediátrico, assim como a mala de transporte de doente crítico. Após cada utilização deve ser verificado e repostado todo o material utilizado.

A realização e aplicação de protocolos assume extrema importância e por isso estabeleci como objetivo “Consultar normas e protocolos de atuação”. Estes instrumentos orientadores constituem uma base essencial para a gestão dos cuidados de enfermagem, permitindo reduzir a variabilidade das práticas, promover a tomada de decisão fundamentada e assegurar cuidados consistentes, seguros e baseados na evidência científica.

Considero que adquiri competências relevantes no Domínio da Gestão dos Cuidados, evidenciadas pela participação ativa na organização dos recursos, na gestão de equipamentos críticos, na articulação com a equipa multidisciplinar e na aplicação de protocolos institucionais, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC.

1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais refere-se à área em que o enfermeiro desenvolve a assertividade e o autoconhecimento, reconhecendo ser crucial na prática de enfermagem uma vez que interfere com o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. A importância do autoconhecimento permite-lhe estabelecer relação com o outro, quer em contexto singular, organizacional e profissional, adaptando o seu estilo de liderança à maturidade dos seus colaboradores e também às contingências, aproveitando os

processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na sua prática especializada (Regulamento n.º 140/2019, Anexo IV, p. 4749).

A prestação de cuidados ao doente crítico exige competências específicas e formação constante, obrigando a que o planeamento dos cuidados em situação crítica seja realizado com a maior eficiência e organização possível.

Durante o estágio, tive a possibilidade de realizar o transporte de doente crítico para a realização de exames complementares de diagnóstico e percecionei toda a dinâmica envolvente e a obrigatoriedade de uma prática de cuidados bem estruturada, avaliando cuidadosamente o risco-benefício da realização do transporte devido à instabilidade hemodinâmica do doente. Este transporte implica que o suporte de funções vitais seja mantido com a qualidade semelhante ao que é ministrado na UCIP. Apesar de o doente se encontrar estável aquando da decisão de transporte, todo o processo é imprevisível, daí a importância de antecipar possíveis complicações e para além de se fazer acompanhar pelo ventilador e monitor portátil, é importante levar o insuflador manual assim como se o doente se encontrar sob suporte aminérgico, fazer-se acompanhar pela seringa infusora e uma seringa preparada extra. No transporte, deve apenas acompanhar o doente o essencial para manter a sua estabilidade até regressar à unidade. A equipa que acompanha o doente é composta pelo enfermeiro responsável, o médico e o assistente operacional.

De forma a adquirir e desenvolver conhecimentos e competências neste domínio, foime promovido o contacto com o Sistema de Triagem de Manchester. Este sistema consiste numa ferramenta fundamental para a priorização de doentes e apenas pode ser aplicado por enfermeiros detentores do Curso de Triagem de Manchester. No entanto, durante esta experiência senti algumas dificuldades na interpretação da queixa do doente, devido à subjetividade com que relatam o motivo da ida ao SU, o que por sua vez, poderá dificultar o encaminhamento do doente para a especialidade adequada. Devido a uma elevada afluência ao SU, tem surgido a necessidade de retriagem dos doentes de acordo com os critérios estabelecidos para o efeito na Norma nº 002/2018 (DGS, 2018). A ocupação do posto de triagem, enquanto enfermeiro especialista em EMC, permite desenvolver e consolidar o processo de tomada de decisão e da sua capacidade de análise.

Considero, por isso, de extrema importância que as equipas procurem constantemente adquirir competências diferenciadas o que requer um investimento pessoal por parte de cada elemento, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de qualidade e adaptados ao doente em questão.

Com o objetivo de adquirir novas competências planeei como objetivo “Elaborar um instrumento norteador de atuação na abordagem ao doente vítima de trauma numa UCI”, no entanto, pela impossibilidade de admitir e de prestar cuidados de enfermagem a um doente vítima de trauma e em concordância com os meus enfermeiros orientadores e com o enfermeiro gestor da unidade, foi-me proposto realizar uma infografia sobre o Ácido Tranexâmico (Apêndice 1). Planeei também uma sessão de formação para a equipa de enfermagem do SU intitulada “Triagem de Manchester – Catástrofe” (Apêndice 2) uma vez que considero ser uma área de atuação de extrema importância. Em concordância com os meus enfermeiros orientadores e devido à inexistência de um Plano de Catástrofe atualizado no SU e com autorização prévia da enfermeira responsável, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem do SU através da plataforma Google Forms, com os objetivos de compreender a perceção e a experiência dos enfermeiros do SU sobre a aplicação da Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe, identificar as dificuldades e perceber necessidades de melhoria e de realização de formação. A formação tinha como objetivos: expor as respostas do questionário aplicado à equipa de enfermagem do SU e elucidar sobre o preenchimento da folha de catástrofe, sendo este o principal foco. No final da formação, foram alcançados os objetivos estabelecidos, uma vez que foram apresentados casos clínicos e todos os enfermeiros presentes na formação preencheram a folha adequadamente.

Desta forma, e de acordo com o supracitado, considero ter adquirido competências no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, evidenciadas pela capacidade de reflexão crítica sobre a prática, pela adaptação a contextos imprevistos, pela participação ativa em processos formativos e pela promoção da aprendizagem individual e coletiva, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

De acordo com o explanado no Regulamento n.º 429/2018, Anexo II, a PSC é aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e para sobreviver são necessários meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Desta forma, os cuidados de enfermagem prestados à PSC devem ser os mais qualificados, diferenciados e contínuos, com o intuito de dar resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a recuperação total. De seguida, serão enumeradas as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC.

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

Devido à complexidade das situações de saúde e às respostas exigidas à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família ou pessoa significativa, o enfermeiro especialista tem de ter conhecimentos e habilidades específicas que lhe permitam agir de forma holística e em tempo útil (OE, 2018).

Neste âmbito, o enfermeiro especialista em EMC à PSC: “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.” (Regulamento n.º 429/2018, Anexo II, p. 19363).

É ainda competência do enfermeiro especialista a gestão do impacto emocional decorrente de situações críticas e que são vivenciadas quer pelo doente, quer pela família (OE, 2017, p.14).

O estágio na UCI permitiu-me desenvolver competências para intervir na deteção precoce de situações de instabilidade hemodinâmica de cada doente e para tal, foi necessário adquirir conhecimentos específicos relacionados com a monitorização contínua dos doentes, saber interpretar alterações no traçado cardíaco, por exemplo, ou nas pressões arteriais através da monitorização invasiva (linha arterial) aquando da administração de Noradrenalina em perfusão contínua e nos cuidados a ter durante a substituição da seringa infusora, que deve ser realizada o mais rapidamente possível, pelo risco de hipotensão em doentes instáveis. Uma mais valia numa UCI, passa pela possibilidade de monitorização intensiva, o que permite uma vigilância mais apertada de forma a detetar, o mais precocemente, possíveis alterações nos parâmetros vitais do doente e consequentemente corrigi-las, evitando que se torne numa situação irreversível.

A concretização do objetivo “Integrar a equipa multidisciplinar”, permitiu-me também aprimorar e adquirir novos conhecimentos relacionados com equipamentos básicos e diferenciados, de monitores e dispositivos existentes na unidade, uma vez que a equipa demonstrou disponibilidade para partilhar conhecimentos comigo e procurei informação através de pesquisa bibliográfica.

Previamente, estipulei como objetivo “Desenvolver competências a nível técnico, relacional e científico com o intuito de prestar cuidados de enfermagem de qualidade centrados na PSC, internada em CI, envolvendo a sua família como parte integrante de todo o processo”, porque considero que a atenção do enfermeiro deve dirigir-se essencialmente ao doente que tem de cuidar, no entanto, sem descurar a sua família/cuidador. O enfermeiro é o profissional de excelência no primeiro contacto com os familiares e para tal, deve ser empático e possuir capacidades comunicacionais específicas permitindo à família expor as suas dúvidas e receios. Esta abordagem irá simplificar a interação com a família e uma vez que o enfermeiro é o elo de ligação entre o doente/família irá também facilitar o processo de compreensão da situação clínica do seu familiar, ajudando a gerir a ansiedade e a antecipar situações de revolta e de abandono por parte da equipa multidisciplinar. O horário de visitas decorre no turno da manhã (15h-16h) e no turno da tarde (19h-20h), sendo permitido um máximo de quatro visitas por doente, alternadamente. Durante o período de visitas, de forma a manter a privacidade de cada doente e uma vez que a unidade é um espaço aberto, são corridas as cortinas de cada unidade. Apesar de existir um horário estipulado para as visitas, existem exceções e o enfermeiro deve possuir uma sensibilidade que lhe permita dissociar as regras da componente humana. Tive a oportunidade de perceber isso neste estágio e de desempenhar a função de acompanhar os

familiares, estabelecendo uma relação terapêutica permitindo-lhes visitar o familiar antecipadamente, uma vez que a sua situação clínica se agravou, tornando-se irreversível.

A PSC necessita de cuidados de enfermagem diferenciados desde a admissão até ao momento da transferência para outro serviço e na UCIP tive a oportunidade de participar em todo o processo.

Previamente à admissão, foi realizada a limpeza, desinfeção e reposição da unidade e como já descrito anteriormente, procedi à reposição de material e verificação dos equipamentos de acordo com a *check-list* utilizada para o efeito. Os equipamentos específicos para monitorização diferenciada são adicionados posteriormente, de acordo com a situação clínica do doente, como é o caso da neuromonitorização não invasiva com o Índice Biespectral (BIS) que permite monitorizar o nível de consciência de doentes sedados através da atividade elétrica cerebral.

Após tomar conhecimento do material existente na UCIP, colaborei na monitorização hemodinâmica não invasiva através da monitorização eletrocardiográfica contínua, oximetria de pulso, capnografia, entre outros, assim como na monitorização hemodinâmica invasiva, participando na preparação do material necessário para a colocação e otimização de linha arterial para a avaliação de pressão arterial (PA) invasiva. Colaborei também na colocação de cateteres venosos centrais (CVC) e de cateteres de diálise. A presença de um CVC, por apresentar vários lumens, é essencial na abordagem ao doente crítico devido à sua instabilidade hemodinâmica e à consequente necessidade de administrar fluidoterapia, fármacos específicos e soluções hiperosmolares irritantes para o sistema venoso periférico. No entanto, a presença de dispositivos invasivos requer cuidados específicos de desinfeção e manuseamento pelos riscos associados. Durante a colocação, manutenção e remoção de dispositivos vasculares, assim como na substituição de sistemas de administração adotei medidas de prevenção da infeção relacionadas com o CVC, de acordo com o estipulado na Norma da DGS n.º 022/2015, atualizada em 2022.

Na PSC, a insuficiência renal é uma condição clínica recorrente, com um elevado número de doentes a necessitar de tratamento dialítico. A Lesão Renal Aguda (LRA), consiste numa quebra súbita e sustentada da taxa de filtração glomerular com incapacidade de o rim remover as substâncias tóxicas do organismo e manter as suas funções reguladoras e manifesta-se pelo aumento brusco dos níveis de creatinina. A causa mais frequente de LRA é a infeção (sépsis). Após a identificação de LRA, é importante evitar a administração de fármacos nefrotóxicos e a dosagem deve ser ajustada à função renal. Na maioria das situações é

necessário recorrer a técnicas de substituição renal com o intuito de remover fluidos em excesso, corrigir o desequilíbrio eletrolítico e o desequilíbrio ácido-base e remover produtos de degradação (KDIGO, 2012; Urden, Stacy & Lough, 2021; DGS, 2019). Durante o estágio na UCIP, tive a possibilidade de adquirir conhecimentos específicos e prestar cuidados ao doente a realizar a técnica de substituição renal contínua de hemofiltração: *Continuous veno-venous hemodiafiltration* (CVVHDF), com o sistema PRISMAFLEX.

Sendo a dor considerada o quinto sinal vital, é de extrema importância que seja realizada a sua gestão adequadamente. Devido à presença de dispositivos invasivos, a comunicação com o doente pode ficar dificultada e conseqüentemente, a sua expressão de dor pode não ser verbal, mas sim comportamental e pode ser percebida quando o doente não está adaptado ao ventilador, por exemplo, ou quando se encontra agitado. Na impossibilidade de o doente comunicar com o enfermeiro verbalmente, este pode recorrer a mecanismos que facilitem a comunicação, como a utilização de uma tabela de comunicação presente na UCIP (Anexo 2). Nos doentes sedados é aplicada a escala da dor comportamental, a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e para avaliação da sedação, é aplicada a escala *Richmond Agitation and Sedation Scale* (RASS). Diariamente apliquei ambas as escalas durante a realização de registos de enfermagem.

A existência de protocolos de Nutrição Entérica (NE) e de administração de insulina são essenciais para a prestação de cuidados à PSC (Anexo 3).

No decorrer do estágio no SU, o foco de atuação foi essencialmente a PSC admitida na sala de emergência e tive a oportunidade de atuar desde a admissão do doente até à sua transferência intra ou inter-hospitalar. Apesar de a sala de emergência se encontrar integrada no SU, depende em termos de gestão e de supervisão da equipa médica da UCIP.

O equipamento disponível na sala de emergência está direcionado para atuar em situações urgentes/emergentes, de modo a permitir uma atuação o mais rápida e eficaz possível, evitando deslocamentos desnecessários a outras áreas de atuação. Os critérios de admissão na sala de emergência e de acordo com o Procedimento Interno - Regulamento da sala de emergência da ULSCB (PI.03.01/SU, 2016), são os seguintes: Compromisso da via aérea; Paragem respiratória; Frequência respiratória (FR) < 6 ou > 35 ciclos/minuto; Saturação periférica de O₂ (SpO₂) < 85%, com oxigénio suplementar; Paragem cardiorrespiratória; Frequência circulatória < 40 ou > 140 batimentos/minuto; Pressão arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg; Diminuição da Escala de Coma de Glasgow > 2 pontos; Crise convulsiva prolongada ou repetida; Perda súbita de consciência; Politraumatizado grave/grande queimado; Grávida em

parto iminente. A sala de emergência deve ser libertada imediatamente após a estabilização do doente e posterior transferência, de acordo com a sua situação clínica.

Ainda no decorrer deste estágio, tive a oportunidade de realizar diversas intervenções na sala de emergência, aplicando a abordagem ABCDE na avaliação do doente. Cumpri protocolos de atuação, nomeadamente de administração de terapêutica fibrinolítica e colaborei em técnicas invasivas como abordagem da via aérea, inserção de acesso vascular central e de linha arterial. Observei também a ativação da Via Verde AVC e a adequada realização de intervenções, nomeadamente na realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC) e administração de terapêutica fibrinolítica. Com a ativação da via verde, obtêm-se ganhos em saúde, traduzindo-se numa rápida implementação de procedimentos, o que poderá fazer a diferença na evolução e no prognóstico da situação clínica.

Ainda na sala de emergência, foi admitido um doente, por indisposição com lipotimia associada. Na admissão, apresenta-se com alteração do estado de consciência, com episódio de convulsão e sudorético. Foi de imediato monitorizado com pás multifunções e verificou-se a presença de taquicardia ventricular. Procedi à abordagem ABCDE e perante esta abordagem, por apresentar critérios de instabilidade e de acordo com o algoritmo, foram colocados dois acessos venosos periféricos, administrado midazolam endovenoso e morfina e foi realizada cardioversão elétrica sincronizada com 100 Joules, revertendo de imediato para ritmo sinusal com FC de 75 bpm. Foi também administrado sulfato de magnésio, ticagrelor, ácido acetilsalicílico e amiodarona, de acordo com prescrição médica. Por apresentar alterações no ECG, nomeadamente ondas T invertidas na derivação inferior e lateral foi contactado o serviço de cardiologia do CHUC e após estabilização clínica do doente foi ativada a equipa de transporte de doente crítico que procedeu à transferência do doente.

Em relação à atuação da equipa multidisciplinar na sala de emergência, considero que a equipa de enfermagem se encontrou organizada durante a atuação em situação de emergência e em concordância com a restante equipa multidisciplinar, sendo perceptível a identificação do *Team Leader*, geralmente o médico, assim como a identificação do líder de enfermagem, delegando as funções de cada elemento e as tarefas a desempenhar consoante as prioridades de atuação. Na sala de emergência devem permanecer apenas os elementos indispensáveis à prestação de cuidados. Considero ter desenvolvido uma resposta adequada em situações de emergência, atuando de acordo com as indicações do enfermeiro responsável, mantendo a calma e realizando a transferência do doente em segurança.

Durante a prestação de cuidados não é possível a presença de um familiar na sala de emergência, no entanto, os enfermeiros têm o cuidado de permitir que os familiares visitem o doente, uma vez que a sua situação clínica poderá agravar-se e tornar-se irreversível.

Para garantir a continuidade dos cuidados e a segurança da PSC é essencial que a transição da informação clínica entre as equipas que cuidam do doente seja baseada numa comunicação eficaz, seguindo a metodologia ISBAR que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), promovendo também a objetividade na transmissão de ocorrências, sem dar azo a divagações, focando apenas no essencial.

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

Em situações de emergência, exceção ou catástrofe, o enfermeiro especialista em EMC “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento n.º 429/2018, Anexo II, p. 19363).

Na avaliação da vítima, é utilizada a abordagem ABCDE, procurando identificar lesões e alterações e corrigi-las de acordo com a prioridade estabelecida. Através desta abordagem, pretende-se a identificação precoce de condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente. Como referido anteriormente, no capítulo 1.1 deste documento, durante o estágio acompanhei a EEMI.

É necessário que todos os elementos da equipa multidisciplinar tenham conhecimento da existência do plano de emergência. Faz parte das competências do enfermeiro especialista, perante uma situação de emergência e catástrofe saber planejar, gerir respostas e atuar em conformidade com as mesmas. No decorrer do estágio na UCIP, apesar de não existir a necessidade de colocar em prática o plano de emergência interno relativamente à evacuação dos doentes, consultei o documento no caso de existir essa possibilidade.

Como referido anteriormente, planeei uma sessão de formação para a equipa de enfermagem do SU intitulada “Triagem de Manchester – Catástrofe” por considerar que, por defeito, as equipas não se encontram preparadas para atuar em situações de catástrofe devido ao facto de felizmente não acontecerem situações desta natureza recorrentemente. No entanto,

a formação nesta área fica descurada. Tive também a oportunidade de perceber a existência de kits de catástrofe que estão preparados para receber um evento multivítimas. Considero, por isto, esta competência específica adquirida.

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

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (Regulamento n.º 429/2018, Anexo II, p. 19364).

Durante a prestação de cuidados, é fundamental desenvolver uma prática de cuidados baseada nas medidas preconizadas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), uma vez que os objetivos deste programa passam pela redução da taxa de IACS, a promoção do uso adequado de antimicrobianos e a redução da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Diário da República n.º 174/2022, Série II, 2022).

Aquando da admissão no doente na UCIP, é realizado o rastreio de *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) e de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC), com o intuito de aumentar a segurança e prevenir a disseminação de microrganismos prevalentes em ambiente hospitalar.

A preocupação dos profissionais de saúde no controlo de IACS é evidente em todos os procedimentos de risco, no entanto, é importante e imprescindível reforçar a necessidade de formação contínua na área. Constatei a preocupação de toda a equipa no cumprimento das normas de prevenção, nomeadamente na prevenção da infeção relacionada com o CVC e na prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), através de protocolos atualizados e dos registos informatizados como forma de melhoria contínua. Durante a minha prestação de cuidados, procurei sempre agir de acordo com as normas, nomeadamente no manuseamento do CVC e da linha arterial, como higienizar as mãos antes da manipulação e descontaminar com clorhexidina, realizando fricção durante 15-20 segundos e deixar secar antes de administrar terapêutica (DGS, 2022). Os sistemas de perfusão são trocados de 4/4 dias, no turno da tarde,

respeitando as 96h. Os sistemas de perfusão de soluções lipídicas devem ser renovados entre 6-12h de utilização.

No decorrer do estágio, agi de acordo com as normas estabelecidas de forma a prevenir a PAI, respeitando a elevação da cabeceira do leito a cerca de 30°, realizar a higiene oral pelo menos três vezes ao dia com clorhexidina, manter a pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20-30 cm H₂O e trocar os filtros do circuito (DGS, 2022). No caso de doentes que se encontrem em isolamento de gotículas, é preconizado que seja utilizado um sistema de aspiração fechado evitando a disseminação da infeção. Prestei também cuidados de enfermagem a doentes em isolamento de contacto, respeitando todos os cuidados necessários. Nesta unidade não existe um quarto de isolamento, o que na minha opinião, dificulta ligeiramente a prestação de cuidados, uma vez que acarreta para o enfermeiro uma preocupação acrescida na sua prática de cuidados. Nestas situações são corridas as cortinas da unidade do doente e quando possível, o enfermeiro responsável presta cuidados apenas ao doente que se encontra em isolamento.

No SU, surgem alguns desafios no cumprimento de intervenções que previnam a disseminação de microrganismos prevalentes em ambiente hospitalar, devido a uma elevada afluência e pela complexidade de situações consideradas urgentes/emergentes.

Pelo exposto anteriormente, considero ter adquirido esta competência específica.

**Parte II - Investigação: Gestão da dor no doente com Enfarte Agudo do Miocárdio
na primeira abordagem no Serviço de Urgência**

Introdução

O EAM resulta da redução súbita do fluxo sanguíneo coronário para um segmento do miocárdio, geralmente provocada pela oclusão de uma artéria coronária e constitui uma emergência médica. A diminuição da perfusão provoca isquemia e quando prolongada, ocorre necrose do tecido do miocárdio comprometendo a função cardíaca (Ferreira, 2016). Do ponto de vista eletrocardiográfico, o EAM pode ser classificado em EAM com supradesnivelamento do segmento ST (EAMCST) ou em EAM sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMSST). O diagnóstico é estabelecido pela associação entre um quadro clínico sugestivo de isquemia, alterações eletrocardiográficas e elevação dos biomarcadores cardíacos, nomeadamente as troponinas, que evidenciam lesão dos miócitos cardíacos (Ferreira, 2016).

O EAM representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade em Portugal e a nível mundial, estando associado a um elevado impacto nos sistemas de saúde e na qualidade de vida das pessoas afetadas. De acordo com Sousa (2019), esta patologia encontra-se associada a diversos fatores de risco cardiovasculares, alguns dos quais modificáveis, nomeadamente hábitos de vida pouco saudáveis, reforçando a importância da prevenção primária e secundária.

A dor torácica constitui o sintoma mais frequente e característico de EAM, assumindo um papel central no seu diagnóstico. Segundo Silva (2010), a dor associada ao EAM é geralmente descrita como retroesternal, em aperto ou pressão, com possível irradiação para o membro superior esquerdo, mandíbula ou região dorsal, apresentando habitualmente uma duração superior a 20 minutos. Para além da sua importância diagnóstica, a dor desencadeia uma resposta fisiológica significativa, caracterizada pela ativação do sistema nervoso simpático, pelo aumento da FC, da PA e do consumo de O₂ pelo miocárdio, contribuindo assim para o agravamento da isquemia e para o aumento do risco de complicações.

A gestão adequada e atempada da dor na pessoa com EAM assume particular relevância na abordagem inicial, especialmente em contexto de SU. Por sua vez, a gestão inadequada ou ineficaz da dor pode ter um impacto negativo significativo, uma vez que a dor persistente intensifica a resposta de stress, contribuindo para a instabilidade hemodinâmica e para o aumento do risco de complicações associadas ao EAM (Dias, 2018).

A avaliação sistemática da dor, recorrendo a instrumentos validados, permite uma abordagem estruturada e individualizada. A monitorização contínua da intensidade da dor e da

resposta às intervenções terapêuticas aplicadas possibilita a adequação das estratégias analgésicas implementadas, promovendo a estabilização clínica e o conforto da PSC. Neste contexto, a gestão da dor deve integrar intervenções farmacológicas e não farmacológicas, ajustadas à situação clínica e às necessidades individuais de cada pessoa. A ausência de registos consistentes da avaliação da dor pode comprometer a adequação das estratégias analgésicas e a qualidade dos cuidados prestados à PSC (DGS, 2011; IASP, 2020; OE, 2017; Urden, Stacy & Lough, 2021).

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel central na abordagem inicial da pessoa com EAM no SU, sendo responsável pela avaliação precoce da dor, pela monitorização da sua evolução e pela implementação de intervenções terapêuticas em articulação com a equipa multidisciplinar. De acordo com a OE, a PSC apresenta uma ou mais funções vitais em risco eminente, exigindo cuidados de enfermagem altamente qualificados, prestados de forma contínua e diferenciada, com o objetivo de prevenir complicações e promover a recuperação (Regulamento n.º 429/2018).

A realização do presente estudo, surge da necessidade de analisar a gestão da dor na pessoa com EAM na primeira abordagem no SU, através da caracterização das práticas de avaliação e monitorização da dor, da identificação das intervenções analgésicas implementadas e da descrição dos padrões de registo da intensidade da dor ao longo do episódio de urgência, permitindo identificar fragilidades e oportunidades de melhoria na prática clínica e contribuir para a promoção da qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com EAM.

Enquadramento teórico

1. Enfarte Agudo do Miocárdio

1.1 Conceito e fisiopatologia

O EAM constitui uma síndrome coronária aguda (SCA) resultante da diminuição abrupta do fluxo sanguíneo coronário para uma área do miocárdio, conduzindo à isquemia e consequentemente à necrose do tecido cardíaco. Segundo Ferreira (2016), esta diminuição da perfusão miocárdica ocorre maioritariamente como consequência da oclusão de uma artéria coronária por um trombo, geralmente associado à rutura ou erosão de uma placa aterosclerótica instável.

De acordo com a European Society of Cardiology (ESC), a interrupção do aporte de O₂ às células miocárdicas desencadeia uma cascata de alterações metabólicas e celulares, incluindo a produção anaeróbia de energia, acidose intracelular e disfunção da membrana celular, que podem culminar em morte celular irreversível quando a isquemia se prolonga no tempo (Ibanez et al., 2018; ESC, 2023). A extensão da necrose miocárdica depende de diversos fatores, nomeadamente da duração da isquemia, da artéria coronária envolvida, da existência de circulação colateral e da rapidez da intervenção terapêutica.

A isquemia miocárdica desencadeia ainda uma resposta neuro-hormonal significativa, caracterizada pela ativação do sistema nervoso simpático e pela libertação de catecolaminas. Esta resposta traduz-se no aumento da FC, da PA e do consumo de O₂ pelo miocárdio, constituindo um mecanismo inicialmente compensatório. Contudo, quando persistente, pode agravar a isquemia e favorecer o aparecimento de complicações como arritmias, insuficiência cardíaca (IC) e choque cardiogénico (Silva, 2010; Urden, Stacy & Lough, 2021).

1.2 Classificação do EAM

A classificação do EAM baseia-se essencialmente nas alterações eletrocardiográficas observadas no ECG, permitindo distinguir o EAMCST e o EAMSST. Segundo Ferreira (2016), esta distinção é fundamental, uma vez que condiciona a abordagem terapêutica e consequentemente o prognóstico.

O EAMCST caracteriza-se pela presença de supradesnivelamento persistente do segmento ST em derivações contíguas, refletindo, na maioria dos casos, uma oclusão coronária total e uma isquemia transmural. De acordo com a ESC, é necessária uma abordagem terapêutica imediata, com prioridade à reperfusão miocárdica, através de intervenção coronária percutânea primária ou terapêutica fibrinolítica, com o objetivo de limitar a extensão da necrose miocárdica e reduzir a mortalidade associada (Ibanez et al., 2018; ESC, 2023).

Por sua vez, o EAMSST caracteriza-se pela ausência de supradesnivelamento persistente do segmento ST, podendo apresentar outras alterações eletrocardiográficas, como infradesnivelamento do segmento ST ou inversão da onda T. Nestes casos, a oclusão coronária é geralmente parcial ou transitória, exigindo uma estratificação de risco cuidadosa e uma abordagem terapêutica ajustada à gravidade do quadro clínico apresentado (Silva, 2010).

Independentemente da classificação, o diagnóstico de EAM é estabelecido pela evidência de necrose miocárdica, demonstrada pela elevação dos biomarcadores cardíacos, nomeadamente das troponinas, associada a um quadro clínico sugestivo de isquemia miocárdica e/ou a alterações eletrocardiográficas compatíveis (Ferreira, 2016; ESC, 2023). O diagnóstico precoce é fundamental para a rápida ativação dos circuitos assistenciais adequados, como a via verde coronária, baseando-se na avaliação clínica, na interpretação do ECG (realizado até 10 minutos desde a admissão) e na análise dos parâmetros laboratoriais.

1.3 Manifestações clínicas

As manifestações clínicas do EAM podem variar consoante a extensão da lesão miocárdica, a artéria coronária envolvida, a idade, o género e a presença de comorbilidades. No entanto, a dor torácica constitui o sintoma mais frequente e característico desta patologia, sendo geralmente descrita como uma dor retroesternal, intensa, em aperto ou pressão, com possível irradiação para o membro superior esquerdo, pescoço, mandíbula ou região dorsal (Silva, 2010; ESC, 2023).

Para além da dor, podem estar presentes outros sintomas, como dispneia, náuseas, vômitos, diaforese, palidez e ansiedade, frequentemente associados à ativação do sistema nervoso simpático e à diminuição do débito cardíaco, contribuindo para o desconforto e instabilidade clínica do doente (Urden, Stacy & Lough, 2021).

É importante salientar que a dor no EAM pode apresentar-se de forma atípica ou mesmo estar ausente, sobretudo em mulheres, pessoas idosas e doentes com diabetes mellitus. Nestes casos, podem surgir manifestações inespecíficas, como fadiga, dispneia isolada, tonturas ou mal-estar geral, o que pode atrasar o reconhecimento da situação clínica e a implementação de medidas terapêuticas adequadas (Sousa, 2019). Esta variabilidade na apresentação clínica reforça a necessidade de uma avaliação rigorosa e sistematizada no contexto de SU.

A identificação precoce das manifestações clínicas do EAM assume um papel crucial no contexto de SU, permitindo uma abordagem rápida e eficaz. A avaliação clínica sistematizada e a valorização da dor enquanto sinal de alerta constituem elementos fundamentais da prática de enfermagem, contribuindo para a adequação da intervenção clínica e para a segurança do doente.

2. Dor no Enfarte Agudo do Miocárdio

2.1 Conceito de dor

A dor constitui um fenómeno complexo e multifatorial, assumindo uma dimensão sensorial, emocional e subjetiva, cuja perceção varia de pessoa para pessoa. A International Association for the Study of Pain (IASP) define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (IASP, 2020). Esta definição evidencia que a dor não deve ser compreendida exclusivamente como uma resposta fisiológica a um estímulo nocivo, mas como uma experiência individual que exige uma abordagem centrada na pessoa.

No contexto dos cuidados de saúde, a dor é reconhecida como um importante indicador relevante do estado clínico, sendo considerada o quinto sinal vital. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), a avaliação sistemática da dor deve integrar a prática clínica, constituindo um elemento fundamental para a tomada de decisão e para a adequação das intervenções terapêuticas implementadas (DGS, 2011). Esta orientação assume particular relevância em contextos de urgência e de cuidados à PSC, onde a dor pode ser um sinal precoce de agravamento clínico.

Segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2019), a dor não controlada encontra-se associada a desfechos negativos na saúde, incluindo um aumento da ansiedade, instabilidade hemodinâmica, prolongamento do tempo de internamento e maior risco de complicações. Neste sentido, a avaliação sistemática e a gestão adequada da dor assumem-se como componentes essenciais de cuidados de saúde baseados na evidência, particularmente na PSC.

2.2 Características da dor no EAM

A dor associada ao EAM resulta diretamente da isquemia do músculo cardíaco e da acumulação de metabolitos provenientes do metabolismo anaeróbio, como o ácido láctico e a bradicinina, que estimulam as terminações nervosas nociceptivas cardíacas. De acordo com a ESC, a dor isquémica é tipicamente descrita como uma sensação de pressão, aperto ou peso na

região retroesternal, podendo irradiar para o membro superior esquerdo, pescoço, mandíbula, epigastro ou região dorsal (ESC, 2023).

Segundo Ibanez et al. (2018), a dor no EAM apresenta habitualmente uma duração superior a 20 minutos, não aliviando com o repouso ou com a administração de nitratos, o que a diferencia de outras causas de dor torácica. A intensidade da dor pode variar, sendo frequentemente acompanhada de diaforese, náuseas, vômitos, dispneia e ansiedade, refletindo a ativação do sistema nervoso simpático.

2.3 Impacto fisiológico e prognóstico

Para além do desconforto subjetivo, a dor desencadeia uma resposta fisiológica significativa, caracterizada pela ativação do sistema nervoso simpático e pela libertação de catecolaminas. Esta resposta traduz-se no aumento da FC, da PA e do consumo de O₂ pelo miocárdio, contribuindo para o agravamento da isquemia e para a extensão da lesão miocárdica (Ibanez et al., 2018; ESC, 2023).

Segundo Dias (2018), a dor não controlada no EAM está associada a maior instabilidade hemodinâmica, aumento do risco de arritmias, desenvolvimento de IC e pior prognóstico clínico. A resposta de stress induzida pela dor pode ainda potenciar alterações metabólicas e inflamatórias, influenciando negativamente a evolução clínica da pessoa com EAM.

No contexto da PSC, a gestão eficaz da dor assume particular relevância na estabilização clínica e na prevenção de complicações. A OE salienta que a avaliação e gestão da dor constituem intervenções prioritárias dos cuidados de enfermagem especializados, devendo ser realizadas de forma sistemática, baseada na evidência científica e centrada na pessoa, com o objetivo de promover o conforto, reduzir o sofrimento e melhorar os resultados em saúde (OE, 2017).

Deste modo, a abordagem da dor deve ser integrada e contínua, articulando a avaliação rigorosa da intensidade da dor com a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas ajustadas à situação clínica. Esta abordagem assume particular relevância no SU, onde a atuação do enfermeiro é fundamental na identificação precoce da dor, na monitorização da resposta às intervenções e na promoção de cuidados seguros e de qualidade.

3. Avaliação e gestão da dor no Serviço de Urgência

3.1 Instrumentos de avaliação da dor

A avaliação da dor constitui um elemento central da prática clínica em contexto de SU, devendo ser realizada de forma sistemática, contínua e devidamente documentada. A DGS recomenda que a dor seja avaliada desde o primeiro contacto com o doente, utilizando instrumentos validados e adequados às características individuais de cada pessoa, de forma a orientar a tomada de decisão clínica e a monitorizar a resposta às intervenções terapêuticas implementadas (DGS, 2011).

De acordo com a IASP, a utilização de escalas de avaliação da dor permite objetivar uma experiência subjetiva, facilitando a comunicação entre profissionais de saúde e promovendo uma abordagem centrada na pessoa (IASP, 2020). Os instrumentos mais utilizados em adultos são a Escala Numérica da Dor, a Escala Visual Analógica e a Escala de Faces (Wong-Baker), sendo recomendada a utilização consistente do mesmo instrumento ao longo do processo de avaliação, de forma a garantir a comparabilidade dos registos.

No contexto da PSC, a avaliação e monitorização da dor assumem particular complexidade, uma vez que a instabilidade clínica, a ansiedade e em alguns casos, a limitação da capacidade de comunicação podem dificultar a sua avaliação. Segundo Urden, Stacy e Lough (2021), nestas situações, a avaliação da dor deve ser integrada na monitorização global do doente, considerando não apenas a autoavaliação, quando possível, mas também parâmetros fisiológicos, comportamento, expressão facial e resposta às intervenções implementadas.

A monitorização contínua da dor permite avaliar a eficácia das intervenções terapêuticas instituídas, possibilitando ajustar o plano de cuidados às necessidades do doente, sendo esta uma competência essencial do enfermeiro em contexto de urgência e de cuidados ao doente crítico. A avaliação da dor deve incluir a sua localização, intensidade, duração, irradiação, os fatores de alívio e de agravamento assim como a resposta à terapêutica instituída (DGS, 2011; OE, 2017; Urden, Stacy & Lough, 2021).

3.2 Intervenções farmacológicas

As intervenções farmacológicas constituem um pilar fundamental na gestão da dor na pessoa com EAM, tendo como principais objetivos: reduzir a intensidade da dor e atenuar a resposta de stress e a melhoria do equilíbrio entre a oferta e o consumo de O₂ pelo miocárdio. De acordo com as recomendações da ESC, a analgesia deve ser instituída de forma precoce na abordagem inicial do EAM e sempre que a dor se mantenha apesar das medidas iniciais implementadas (Ibanez et al., 2018; ESC, 2023).

A administração de O₂ integra a abordagem terapêutica inicial em doentes que apresentem hipoxemia, nomeadamente SpO₂ < 90%, dispneia ou sinais de IC (ESC, 2023).

Os analgésicos opioides, nomeadamente a morfina, têm sido tradicionalmente utilizados na gestão da dor intensa associada ao EAM, devido ao seu efeito analgésico potente e à capacidade de reduzir a ansiedade e a ativação simpática. Contudo, a sua utilização deve ser criteriosa, atendendo aos potenciais efeitos adversos, como depressão respiratória, hipotensão, náuseas e vômitos, devendo a sua administração ocorrer sob monitorização rigorosa. Adicionalmente, a diminuição da motilidade gástrica associada aos opioides pode interferir na absorção de alguns fármacos, nomeadamente antiagregantes plaquetários (ESC, 2023).

Para além dos analgésicos, outras terapêuticas farmacológicas, como a administração de nitratos, podem contribuir para o alívio da dor, ao promoverem a vasodilatação coronária e a redução da pré-carga e da pós-carga cardíaca. A sua utilização deve ser ponderada em função da situação clínica, estando contraindicados em doentes com hipotensão, bradicardia significativa ou taquicardia (ESC, 2023).

Os antiagregantes plaquetários assumem um papel crucial no tratamento do EAM e a sua escolha deve considerar o risco de hemorragia associado. Por sua vez, os β-bloqueadores administrados por via endovenosa apresentam um efeito cardioprotetor e devem ser utilizados em doentes sem IC (Byrne et al., 2023; Rao et al., 2025).

A adequação da terapêutica deve ter em consideração o estado clínico do doente, as contraindicações existentes e a resposta às intervenções previamente implementadas, sendo fundamental uma avaliação contínua e individualizada (Ibanez et al., 2018).

3.3 Intervenções não farmacológicas

As intervenções não farmacológicas assumem um papel complementar na gestão da dor, contribuindo para a redução da ansiedade, para o aumento do conforto e para a melhoria da percepção de controlo da situação clínica. Segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2019), a integração de estratégias não farmacológicas na prática clínica promove cuidados mais humanizados e centrados na pessoa, potenciando a adequação das intervenções farmacológicas implementadas.

Entre as intervenções não farmacológicas destacam-se a promoção de um ambiente calmo e seguro, a comunicação terapêutica, o esclarecimento sobre os procedimentos realizados, o posicionamento adequado e o apoio emocional. Estas intervenções são particularmente relevantes no contexto de SU, onde o ambiente pode ser gerador de stress e ansiedade, influenciando negativamente a percepção da dor (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019; Urden et al., 2021).

De acordo com Urden et al. (2021), a presença do enfermeiro, a escuta ativa e a transmissão de informação clara e adequada contribuem para a redução da ansiedade e para a melhoria da resposta à dor. A articulação entre intervenções farmacológicas e não farmacológicas permite uma abordagem integrada da dor, favorecendo uma gestão mais adequada e centrada no doente, em consonância com as suas necessidades específicas e o contexto assistencial em que os cuidados são prestados.

3.4 Ação do enfermeiro

O enfermeiro assume um papel central na gestão da dor na pessoa com EAM, particularmente na primeira abordagem no SU. De acordo com a OE, a PSC apresenta risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais, exigindo cuidados de enfermagem altamente diferenciados, sustentados na avaliação contínua, na tomada de decisão clínica e na implementação de intervenções adequadas (OE, 2017).

No âmbito das suas competências, o enfermeiro é responsável pela avaliação precoce da dor, pela utilização de instrumentos adequados, pela monitorização e documentação da sua evolução e pela implementação de intervenções terapêuticas em articulação com a equipa multidisciplinar. A reavaliação sistemática da dor após a implementação das intervenções

constitui um elemento essencial para garantir a eficácia do plano de cuidados e para prevenir complicações associadas à dor não controlada (Regulamento n.º 140/2019; DGS, 2011).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a gestão da dor integra a capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como a promoção de práticas baseadas na evidência científica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, Artigo 3.º).

A dor não controlada encontra-se associada à ativação do sistema nervoso simpático, levando à libertação de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), aumento da FC, da PA e do consumo de O₂ pelo miocárdio, podendo contribuir para a instabilidade hemodinâmica da pessoa com SCA (Ibanez et al., 2018; Urden, Stacy & Lough, 2021). Neste contexto, a atuação do enfermeiro na avaliação e gestão da dor assume particular relevância, uma vez que a identificação precoce e a intervenção adequada podem contribuir para a estabilização clínica e para a redução do sofrimento (DGS, 2011; Regulamento n.º 140/2019).

O conforto constituiu igualmente um elemento terapêutico e o enfermeiro tem a capacidade de ajudar a reduzir a dor pela sua presença, comunicação e por favorecer um ambiente o mais adequado possível. O controlo eficaz da dor exige uma abordagem integrada, que articule intervenções farmacológicas, não farmacológica e relacionais. Dor não avaliada e não valorizada é dor não tratada, o que afeta diretamente o prognóstico do doente com SCA (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019; Urden, Stacy & Lough, 2021; DGS, 2011).

A dor mal controlada é um fator de instabilidade hemodinâmica e impacta negativamente o conforto do doente, dificultando a sua colaboração no tratamento. O enfermeiro desempenha uma ação fundamental no cuidado ao doente com dor torácica, assegurando uma atuação contínua desde a triagem, passando pelo tratamento agudo e pela eventual transferência para uma unidade de hemodinâmica (Urden, Stacy & Lough, 2021; Ibanez et al., 2018; OE, 2017).

Metodologia

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo enquadra-se num paradigma quantitativo, configurando-se como um estudo observacional, retrospectivo e de natureza descritiva, desenvolvido a partir da análise de processos clínicos. A escolha de um estudo observacional retrospectivo permite caracterizar práticas reais em contexto assistencial, descrevendo padrões de avaliação e de intervenção, sem intervenção do investigador sobre as variáveis em estudo. De acordo com Von Elm et al. (2007), os estudos observacionais constituem um desenho apropriado para descrever padrões de cuidados e práticas clínicas em contextos reais, sendo fundamental que a documentação da informação seja transparente e sistematizada.

4.2 Contexto do estudo

O presente estudo foi realizado em contexto de SU, incidindo sobre a primeira abordagem à pessoa com diagnóstico de EAM. A recolha de dados incidiu na análise retrospectiva de processos clínicos relativos ao período compreendido entre janeiro de 2023 e dezembro de 2024.

4.3 População e amostra

A população do estudo correspondeu a todos os doentes com idade igual ou superior a 18 anos, admitidos no SU no período definido, com registo de diagnóstico de EAM.

A amostra foi constituída por 253 doentes, correspondendo à totalidade dos casos elegíveis identificados no período temporal compreendido entre janeiro de 2023 e dezembro de 2024. A seleção da amostra foi realizada através de uma amostragem não probabilística, por conveniência, decorrente da natureza retrospectiva do estudo e da utilização de processos clínicos disponíveis, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os doentes que reuniam cumulativamente os seguintes critérios:

- idade igual ou superior a 18 anos;
- admissão no SU no período compreendido entre janeiro de 2023 a dezembro de 2024;
- existência de registo clínico de diagnóstico de EAM.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os seguintes casos:

- doentes com idade inferior a 18 anos;
- episódios de urgência sem registo clínico de diagnóstico de EAM;
- registos clínicos com informação insuficiente para análise das variáveis em estudo, sempre que a ausência de dados inviabilizou o tratamento estatístico, nomeadamente nos casos de ausência total de registos de avaliação da dor ao longo do episódio de urgência.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram definidas em função dos objetivos estabelecidos e operacionalizadas a partir da base de dados construída em formato Excel, com base na informação recolhida dos processos clínicos analisados. Para efeitos de organização e análise, as variáveis foram agrupadas em diferentes dimensões:

a) Variáveis sociodemográficas

- Género;
- Idade;
- Profissão;
- Habilitações literárias.

b) Variáveis relacionadas com o episódio e triagem

- Dia e hora de admissão no SU;

- Triagem;
- Cor atribuída na triagem;
- Fluxograma selecionado;
- Discriminador escolhido;
- Observação médica, quando aplicável, de acordo com o registo clínico existente.

c) Variáveis clínicas

- Diagnósticos associados;
- Antecedentes pessoais;
- Medicação habitual;
- Classificação segundo a Escala de Killip;
- National Early Warning Score II (NEWS II).

d) Variáveis relacionadas com a avaliação e gestão da dor

- Intensidade da dor registada no momento da triagem, de acordo com a escala de dor utilizada;
- Intensidade da dor registada no momento subsequente durante o episódio de urgência, correspondente à avaliação final da dor.

e) Variáveis relacionadas com intervenções analgésicas

- Fármacos analgésicos administrados durante o episódio de urgência;
- Terapêutica administrada no SU;
- Observações clínicas relevantes relacionadas com a intervenção e/ou monitorização da dor, quando aplicável, de acordo com a informação registada.

f) Parâmetros vitais (avaliação inicial e subsequente)

- TA, FC, SpO₂ e FR na 1.^a avaliação (TA 1, FC 1, SpO₂ 1, FR 1);
- TA, FC, SpO₂ e FR na 2.^a avaliação (TA 2, FC 2, SpO₂ 2, FR 2).

Os campos “Processo” e “Nome” constituem identificadores diretos presentes no ficheiro-base e para efeitos de análise e tratamento estatístico, estes dados não foram utilizados como variáveis analíticas, sendo considerados apenas no processo de validação interna e posteriormente removidos/anonimizados para garantir a confidencialidade.

4.5 Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada de forma retrospectiva, a partir dos processos clínicos, com registo da informação numa grelha de recolha dados construída para o efeito, em formato Excel. Foram extraídas informações relativas à caracterização sociodemográfica, dados do episódio de urgência e triagem, avaliação da dor, intervenções analgésicas implementadas, parâmetros vitais e indicadores clínicos relevantes, nomeadamente a Escala de Killip e o NEWS II, conforme disponibilidade nos registos.

A avaliação da dor foi considerada com base nos registos clínicos existentes, utilizando a escala documentada em cada episódio. A DGS recomenda que a dor seja avaliada e registada de modo sistemático, com utilização de instrumentos validados e reavaliação após cada intervenção, permitindo orientar a decisão clínica e avaliar a resposta terapêutica (DGS, 2011). A monitorização dos parâmetros vitais (TA, FC, SpO₂ e FR), foi considerada em dois momentos distintos, correspondentes à avaliação inicial e a uma avaliação subsequente registada durante o episódio de urgência, permitindo a caracterização da evolução clínica do doente ao longo da permanência no SU.

4.6 Procedimentos de análise de dados

A análise de dados foi orientada para responder aos objetivos definidos no estudo, recorrendo exclusivamente a estatística descritiva, de forma a caracterizar a amostra e descrever as práticas de avaliação e gestão da dor na pessoa com EAM no SU. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, recorrendo ao cálculo de frequências absolutas e relativas. Não foram realizados testes estatísticos inferenciais, uma vez que a natureza dos dados recolhidos e a elevada proporção de dados ausentes inviabilizaram a realização de análises correlacionais ou comparativas entre variáveis.

a) Análise descritiva

- As variáveis categóricas (ex.: género, cor atribuída na triagem, fluxograma selecionado, presença ou tipo de intervenção farmacológica) foram descritas através de frequências absolutas e relativas;

- As variáveis numéricas (ex.: idade, intensidade da dor, parâmetros vitais) foram descritas através de medidas de tendência central e de dispersão. Sempre que apresentaram uma

distribuição aproximadamente normal, foram utilizadas a média e o desvio-padrão; nos casos de distribuição assimétrica, recorreu-se à mediana e ao intervalo interquartil.

Não foram realizados testes estatísticos inferenciais, uma vez que a natureza retrospectiva do estudo e a inexistência de registos emparelhados da intensidade da dor limitaram a realização de análises comparativas ou correlacionais.

b) Análise da variação da intensidade da dor

A análise da variação da intensidade da dor entre a avaliação inicial (triagem) e a avaliação final foi realizada de forma descritiva, com base nos registos disponíveis nos processos clínicos. A elevada percentagem de ausência de registos e a inexistência de valores emparelhados da intensidade da dor inviabilizaram a aplicação de testes estatísticos inferenciais para comparação intrassujeito.

Assim, a variação da intensidade da dor foi descrita através da comparação dos padrões de registo em cada momento de avaliação, não sendo possível proceder a análises comparativas ou correlacionais.

c) Análise de associação entre intervenções analgésicas e dor

A análise da associação entre as intervenções analgésicas implementadas e a intensidade ou variação da dor foi inicialmente considerada. No entanto, a elevada percentagem de ausência de registos válidos da intensidade da dor e a inexistência de dados emparelhados inviabilizaram a aplicação de testes estatísticos inferenciais para análise de associações ou comparações entre grupos.

Assim, a relação entre intervenções analgésicas e dor foi abordada de forma descritiva, com base na caracterização dos padrões de administração de analgesia e na análise dos registos disponíveis, não sendo possível estabelecer associações estatísticas entre as variáveis.

4.7 Considerações éticas

A realização do estudo respeitou os princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde, nomeadamente os princípios da confidencialidade, privacidade e proteção de dados. Tratando-se de um estudo observacional e retrospectivo, baseado na análise de processos clínicos e sem contacto direto com os participantes, a salvaguarda da confidencialidade da informação assumiu particular relevância.

O estudo foi submetido a apreciação pela Comissão de Ética da instituição, tendo sido solicitado parecer e autorização para acesso e utilização de dados provenientes de processos clínicos para fins de investigação. Os dados foram tratados de forma a impedir a identificação direta dos participantes, não tendo sido utilizados identificadores pessoais no tratamento e análise estatística, sendo garantida a anonimização da informação recolhida. Adicionalmente, a atuação do enfermeiro e o tratamento de informação clínica enquadram-se no dever de confidencialidade inerente ao exercício profissional, conforme consagrado na deontologia e no enquadramento normativo aplicável (Lei n.º 156/2015; Regulamento n.º 140/2019).

Resultados

Os resultados do presente estudo são apresentados de acordo com os objetivos definidos, iniciando-se pela caracterização da amostra e posteriormente, pela descrição das práticas de avaliação e gestão da dor na pessoa com EAM na primeira abordagem no SU. A amostra foi constituída por 253 doentes.

5.1 Caraterização sociodemográfica da amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 253 doentes com diagnóstico de EAM, admitidos no SU no período compreendido entre janeiro de 2023 e dezembro de 2024.

Verificou-se uma predominância de EAM no género masculino, representando a maioria da amostra (71,1%), enquanto o género feminino correspondeu a 28,9% dos casos. Os doentes foram agrupados por grupos etários, observando-se uma maior concentração de casos nos grupos etários compreendidos entre os 45 e os 84 anos. Os grupos etários dos 45–64 anos (32,4%), 65–74 anos (23,7%) e 75–84 anos (23,7%) representaram, em conjunto, a maioria da amostra. Relativamente às habilitações literárias e à profissão, verificou-se uma elevada proporção de registos classificados como “Desconhecido” com 91,7% e 87,4%, respetivamente, refletindo a ausência de registo sistemático desta informação nos processos clínicos analisados (Tabela 1).

Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica da amostra (n=253)

Variável	Categoria	n	%
Género	Masculino	180	71,1
	Feminino	73	28,9
Grupo etário (anos)	18–44	9	3,6
	45–64	82	32,4
	65–74	60	23,7

	75–84	60	23,7
	≥ 85	42	16,6
Habilitações literárias	Desconhecido	232	91,7
	Menos de 4 anos de escolaridade	6	2,4
	4 anos de escolaridade	7	2,8
	9 anos de escolaridade	3	1,2
	11 anos de escolaridade	2	0,8
	Ensino superior	3	1,2
Profissão	Desconhecido	221	87,4
	Doméstica	6	2,4
	Agricultor	3	1,2
	Motorista	3	1,2
	GNR	2	0,8
	Reformado	2	0,8
	Outras profissões	16	6,3

5.2 Triagem de Manchester, fluxograma e discriminadores

Com a aplicação da Triagem de Manchester, verificou-se que a maioria dos doentes foi classificado com prioridade laranja (50,6%), seguida da prioridade amarela (44,7%). A prioridade vermelha foi atribuída a apenas um doente (0,4%), enquanto que a prioridade verde foi atribuída a 4,3% dos casos.

Relativamente ao fluxograma escolhido, verificou-se que a maioria dos doentes foi triada no fluxograma “Dor torácica” (61,3%). Os fluxogramas “Dispneia” (11,9%) e “Indisposição no adulto” (11,1%) foram, em seguida, os mais frequentemente utilizados. Foram ainda identificados outros fluxogramas menos frequentes, refletindo a diversidade de apresentações clínicas dos doentes com diagnóstico de EAM.

Os discriminadores mais frequentemente utilizados na Triagem de Manchester foram “Dor precordial” (35,2%) e “Dor moderada” (20,6%), seguidos de “Instalação súbita” (5,9%), “SaO₂ muito baixa” (5,9%) e “Pulso anormal” (5,1%). Foram ainda identificados diversos discriminadores menos frequentes, incluindo alterações neurológicas, respiratórias e metabólicas (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da Triagem de Manchester nos doentes com EAM (n=253)

Variável	Categoria	n	%
Cor da triagem	Verde	11	4,3
	Amarelo	113	44,7
	Laranja	128	50,6
	Vermelho	1	0,4
Fluxograma	25-Dor torácica	155	61,3
	28-Estado de inconsciência/síncope	7	2,8
	13-Diabetes	5	2,0
	15-Dispneia	30	11,9
	40-Palpitações	4	1,6
	43-Problemas nos membros	1	0,4
	6-Cefaleia	4	1,6
	19-Dor abdominal	13	5,1
	22-Dor de garganta	1	0,4
	23-Dor lombar	1	0,4
	35-Indisposição no adulto	28	11,1
	47-Queda	2	0,8
50-T.C.E. Trauma crânio-encefálico	1	0,4	

	8-Convulsões	1	0,4
Discriminador	Adulto quente	2	0,8
	Alteração da coagulação	1	0,4
	Alteração do estado de consciência de novo	1	0,4
	Com palpitações	1	0,4
	Défice neurológico agudo	4	1,6
	Dispneia aguda	1	0,4
	Dor epigástrica	2	0,8
	Dor ligeira <7 dias	7	2,8
	Dor moderada	52	20,6
	Dor pleurítica	10	4,0
	Dor precordial	89	35,2
	Dor severa	3	1,2
	Hiperglicemia	2	0,8
	Hiperglicemia com cetose	1	0,4
	Hipoglicemia	1	0,4
	História cardíaca significativa	8	3,2
	História de convulsão	1	0,4
	História de perda de consciência	4	1,6
	História de T.C.E.	1	0,4
	Instalação súbita	15	5,9
	Novos sintomas e/ou sinais neurológicos	4	1,6

	Problema recente	2	0,8
	Provável infecção respiratória	2	0,8
	Pulso anormal	13	5,1
	SaO ₂ baixa	9	3,6
	SaO ₂ muito baixa	15	5,9
	Vómitos persistentes	2	0,8

5.3 Caracterização clínica dos doentes com EAM

A caracterização clínica dos doentes com EAM incluiu a análise da tipologia de EAM e da Escala de Killip enquanto indicadores da gravidade clínica na admissão no SU, bem como a verificação da existência de registos do NEWS II.

De acordo com o apresentado na Tabela 3, verificou-se que a maioria dos doentes apresentou EAMSST (56,9%), seguido de EAMCST (34,8%). No entanto, não foi possível especificar a tipologia de EAM com base nos registos clínicos disponíveis em 8,3% dos casos. No que respeita à Escala de Killip, apenas 48 doentes apresentaram registo válido desta variável nos processos clínicos analisados. A maioria dos doentes com registo foi classificada como Killip I (77,1%). As classes Killip II, III e IV representaram, em conjunto, 22,9% dos casos.

Relativamente ao NEWS II, não foi possível proceder à análise desta variável, uma vez que não se verificaram registos válidos nos processos clínicos analisados.

A ausência de registos do NEWS II e o número reduzido de registos válidos da Escala de Killip constituem limitações do estudo, devendo ser consideradas na interpretação dos resultados. No entanto, estes dados evidenciam fragilidades na documentação clínica de indicadores de gravidade, identificando áreas suscetíveis de melhoria na prática clínica em contexto de SU.

Tabela 3 – Caracterização clínica dos doentes com EAM

Variável	Categoria	n	%
Tipologia de EAM (n=253)	Com supradesnivelamento do segmento ST	88	34,8
	Sem supradesnivelamento do segmento ST	144	56,9
	Sem especificidade	21	8,3
Escala de Killip (n=48)	I	37	77,1
	II	7	14,6
	III	3	6,3
	IV	1	2,1

5.4 Avaliação e monitorização da dor no SU

A avaliação e monitorização da dor foram analisadas com base nos registos da sua intensidade efetuados no momento da triagem e na avaliação final, conforme documentado nos processos clínicos dos doentes.

No momento da triagem, verificou-se que 45,1% dos doentes não apresentavam qualquer registo, enquanto 54,9% apresentavam registo válido. Nos doentes com registo válido (n=139), a escala mais utilizada foi a Escala Numérica da Dor (n=138), tendo a Escala Visual Analógica sido utilizada apenas num doente. A intensidade de dor mais frequentemente registada correspondeu ao valor de 5/10 (46,4%), seguido de 4/10 (15,2%) e 6/10 (9,4%) na Escala Numérica. No momento da avaliação final, verificou-se que 62,5% dos doentes não apresentavam qualquer registo, enquanto que 37,5% apresentavam registo válido, evidenciando uma diminuição do registo da intensidade da dor na avaliação subsequente. Nos doentes com registo válido (n=95), a maioria foi igualmente avaliada através da Escala Numérica da Dor (n=94), sendo a Escala Visual Analógica utilizada apenas num doente. A distribuição dos valores registados demonstrou que 76,6% dos doentes apresentavam intensidade de dor 0/10 na Escala Numérica, com os restantes valores distribuídos pelos diferentes níveis de intensidade (Tabela 4).

De forma global, a comparação entre os dois momentos de avaliação permitiu verificar uma diminuição da proporção de registos da intensidade da dor ao longo do episódio de urgência, passando de 54,9% na triagem para 37,5% na avaliação final. Paralelamente, observou-se um aumento da percentagem de doentes sem qualquer registo da intensidade da dor, de 45,1% na triagem para 62,5% na avaliação final (Tabela 4).

Relativamente aos valores registados, verificou-se que, entre os doentes com registo válido, a avaliação na triagem apresentou maior variabilidade nos valores documentados, com predominância de dor de intensidade moderada, enquanto na avaliação final se observou um predomínio de valores de 0/10. Esta diferença reflete alterações nos padrões de registo da intensidade da dor entre os dois momentos avaliados.

Contudo, a reduzida proporção de registos válidos, particularmente na avaliação final, e a ausência de correspondência sistemática entre os registos realizados na triagem e na avaliação subsequente impossibilitaram a realização de uma análise estatística inferencial da variação da intensidade da dor ao longo do episódio de urgência. Assim, a análise limitou-se à descrição dos padrões de registo observados.

Tabela 4 – Avaliação e monitorização da intensidade da dor na triagem e na avaliação final

	Registo	Escala	Intensidade da dor	n	%
Triagem	Sem registo	—	—	114	45,1
	Com registo	—	—	139	54,9
		Numérica	0/10	14	10,1
			1/10	2	1,4
			2/10	4	2,9
			3/10	5	3,6
			4/10	21	15,2
	5/10		64	46,4	
		6/10	13	9,4	

			7/10	2	1,4	
			8/10	7	5,1	
			9/10	3	2,2	
			10/10	3	2,2	
		EVA	8	1	100	
Avaliação final	Sem registo	—	—	158	62,5	
	Com registo	—	—	95	37,5	
	Numérica	0/10			72	76,6
		1/10			3	3,2
		2/10			3	3,2
		3/10			3	3,3
		4/10			2	2,1
		5/10			4	4,3
		Sem especificidade numérica			7	7,4
EVA			1	1	100	

5.5 Intervenções analgésicas implementadas

As intervenções analgésicas implementadas no SU foram analisadas com base nos registos relativos à administração de analgesia e aos fármacos analgésicos administrados durante o episódio de urgência aos doentes com EAM.

Relativamente à administração de analgesia, considerando apenas os doentes com registo válido desta variável (n=242), verificou-se que foi administrada analgesia a 64,9% dos doentes, enquanto que 35,1% não receberam qualquer analgesia. A exclusão de 11 doentes desta análise deveu-se à ausência de informação relativa à administração de analgesia nos processos clínicos analisados. Considerando a totalidade da amostra (n=253), constatou-se que 33,2% dos doentes não apresentavam registo de administração de analgésicos. O fármaco mais

frequentemente administrado foi o paracetamol (25,3%), seguido de morfina (19,4%) e de metamizol (9,9%). A categoria “Outros analgésicos” representou 12,2% dos casos, incluindo fármacos como tramadol, cetorolac, fentanilo e associações farmacológicas (Tabela 5).

A distribuição dos fármacos analgésicos administrados evidencia a utilização de diferentes estratégias farmacológicas na gestão da dor em contexto de SU. A existência de uma proporção significativa de doentes sem registo de administração de analgésicos constitui um dado relevante a considerar na análise dos resultados.

Tabela 5 – Administração de analgesia no SU e fármacos administrados

Variável	Categoria	n	%
Administração de analgesia no SU (n=242)	Sim	157	64,9
	Não	85	35,1
Fármacos analgésicos administrados (n=253)	Nenhum analgésico registado	84	33,2
	Paracetamol	64	25,3
	Metamizol	25	9,9
	Morfina (qualquer dose)	49	19,4
	Outros analgésicos (tramadol, cetorolac, fentanilo)	31	12,2

5.6 Variação da intensidade da dor

A variação da intensidade da dor foi analisada com base nos registos da intensidade da dor efetuados no momento da triagem e na avaliação final, conforme documentado nos processos clínicos.

Contudo, a reduzida proporção de registos válidos da intensidade da dor, particularmente na avaliação final, bem como a ausência de correspondência sistemática entre

os registos dos dois momentos de avaliação para o mesmo doente, inviabilizaram a análise da variação individual da intensidade da dor ao longo do episódio de urgência.

Deste modo, não foi possível proceder à análise estatística inferencial da variação da intensidade da dor, limitando-se a análise à descrição dos padrões de registo observados nos dois momentos de avaliação, conforme apresentado no subcapítulo anterior.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a gestão da dor na pessoa com EAM na primeira abordagem no SU, incidindo na avaliação e monitorização da dor, nas intervenções analgésicas implementadas e na variação da intensidade da dor. A discussão dos resultados é realizada à luz da literatura científica e normativa existente, procurando interpretar os dados obtidos e identificar implicações para a prática de enfermagem.

Os resultados evidenciaram uma predominância do género masculino (71,1%) comparativamente ao género feminino (28,9%) e uma maior concentração de doentes no grupo etário com idades compreendidas entre os 45-64 anos (32,4%). Estes dados são consistentes com a evidência científica, que descreve uma maior incidência de EAM em homens e em idades mais elevadas, refletindo o impacto cumulativo dos fatores de risco cardiovasculares ao longo do ciclo de vida. Esta distribuição reforça o enquadramento epidemiológico do EAM enquanto patologia associada ao envelhecimento e aos estilos de vida (Ferreira, 2016; Sousa, 2019; Ibanez et al., 2018).

Com a análise dos processos clínicos, concluiu-se que 56,9% da amostra apresentou EAMSST e 34,8% apresentou EAMCST, sendo que 8,3% não apresentava especificidade da tipologia de EAM. A maioria dos doentes com registo válido da Escala de Killip foi classificada como Killip I (77,1%), sugerindo ausência de sinais clínicos de insuficiência cardíaca na admissão. No entanto, o número reduzido de registos válidos desta escala, bem como a inexistência de registos do NEWS II, limitaram a avaliação objetiva da gravidade clínica dos doentes. Esta lacuna evidencia fragilidades na documentação sistemática de escalas de avaliação clínica em contexto de SU, situação descrita na literatura como frequente em ambientes caracterizados por elevada pressão assistencial, prioridade à intervenção imediata e constrangimentos de tempo (Urden, Stacy & Lough, 2021; Melnyk & Fineout-Overholt, 2019; Portela et al., 2015; OE, 2017).

A avaliação e monitorização da dor constituíram um dos aspetos centrais do presente estudo. Os resultados demonstraram uma ausência significativa de registo sistemático da intensidade da dor, tanto no momento da triagem como na avaliação final, verificando-se ainda uma diminuição dos registos ao longo do episódio de urgência de 54,9% no momento da

triagem para 37,5% na avaliação final. Embora parte dos doentes apresentasse registo da intensidade da dor, a documentação revelou-se inconsistente e pouco homogênea quanto aos instrumentos utilizados. Estes dados contrastam com as recomendações que reconhecem a dor como o quinto sinal vital e que preconizam a sua avaliação e registo regular, particularmente na PSC. A ausência de registos consistentes compromete a monitorização da evolução da dor e limita a avaliação da resposta às intervenções implementadas (DGS, 2011; IASP, 2020; OE, 2017).

Com esta investigação foi possível verificar-se que uma proporção significativa dos doentes recebeu analgesia durante o episódio de urgência (64,9%), embora uma percentagem relevante não tenha recebido qualquer fármaco analgésico (35,1%). Entre os fármacos administrados, o paracetamol foi o mais frequentemente utilizado (25,3%), seguido de morfina (19,4), refletindo práticas farmacológicas comuns em contexto de SU. A utilização de opioides, como a morfina, encontra-se descrita na literatura como uma opção terapêutica em situações de dor intensa associada ao EAM, devendo, contudo, ser sustentada por uma avaliação rigorosa da intensidade da dor e por monitorização contínua, aspetos que dependem diretamente da qualidade dos registos clínicos (ESC, 2023; Urden et al., 2021). A morfina reduz a estimulação simpática causada pela dor e pela ansiedade, diminuindo a carga de trabalho cardíaco. No entanto, apresenta efeitos pró-eméticos que podem contribuir para a diminuição da absorção e biodisponibilidade dos fármacos antiplaquetários (até 8h após a administração) (ESC, 2023).

A análise da variação da intensidade da dor entre a triagem e a avaliação final revelou-se limitada pela reduzida proporção de registos válidos e pela inexistência de correspondência sistemática entre os dois momentos de avaliação. Embora se tenha observado um predomínio de registos de intensidade de dor 0/10 (76,6%) na avaliação final, não foi possível analisar a variação individual da dor ao longo do episódio de urgência nem estabelecer relações entre a administração de analgesia e a intensidade da dor. Estes resultados não devem ser interpretados como ausência de dor ou como eficácia ou ineficácia das intervenções implementadas, mas sim como reflexo de fragilidades na avaliação e documentação da dor em contexto de SU.

Neste contexto, o papel do enfermeiro, particularmente do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, assume especial relevância. Compete ao enfermeiro a avaliação sistemática da dor, a utilização de instrumentos de avaliação adequados, a monitorização da resposta às intervenções e a documentação rigorosa dos cuidados prestados. As fragilidades identificadas nos registos da dor reforçam a necessidade de investir na sensibilização e

formação dos profissionais, bem como na implementação de estratégias que promovam a padronização da avaliação e documentação da dor.

Inicialmente, o estudo foi concebido como um estudo observacional, quantitativo, retrospectivo de natureza descritivo-correlacional. No entanto, a ausência de registros consistentes da intensidade da dor inviabilizou a realização de análises correlacionais, assumindo o estudo, na prática, um caráter predominantemente descritivo. No decorrer da recolha de dados de processos clínicos, surgiu uma dificuldade acrescida pela incompleta ou inexistente realização de registros. A dor é avaliada no momento da triagem através da aplicação de escalas, e é perceptível a existência de uma preocupação contínua na sua gestão. No entanto, não é documentada a sua avaliação no decorrer do cuidado ao doente durante a permanência no SU.

Apesar das limitações inerentes ao desenho retrospectivo do estudo e à dependência dos registros clínicos, os resultados obtidos constituem um contributo relevante ao evidenciarem lacunas na prática clínica e oportunidades de melhoria na gestão da dor. A identificação destas fragilidades permite refletir sobre a necessidade de reforçar a avaliação sistemática da dor e de promover práticas de enfermagem que contribuam para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Conclusão

Para o presente estudo foi estabelecido como objetivo analisar a gestão da dor na pessoa com EAM na primeira abordagem no SU, através da caracterização das práticas de avaliação e monitorização da dor, da identificação das intervenções analgésicas implementadas e da análise da variação da intensidade da dor ao longo do episódio de urgência.

Os resultados obtidos evidenciaram uma ausência de registo sistemático da intensidade da dor, particularmente no momento da avaliação final, bem como limitações na consistência e continuidade dos registos ao longo do percurso do doente. Esta realidade condicionou a análise da variação da intensidade da dor e inviabilizou a avaliação da associação entre as intervenções analgésicas e a intensidade da dor, não permitindo inferir sobre a eficácia das medidas implementadas com base nos registos clínicos disponíveis.

Apesar destas limitações, verificou-se que a maioria dos doentes apresentou registo relativo à terapêutica analgésica, embora uma proporção significativa não tenha recebido analgésicos durante o episódio de urgência. A variabilidade observada nos fármacos administrados reflete práticas heterogêneas na gestão da dor, evidenciando a necessidade de uma abordagem mais estruturada e sistemática da avaliação e monitorização da dor.

Neste contexto, os resultados obtidos reforçam a importância do papel do enfermeiro, particularmente do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, na avaliação sistemática da dor, na implementação de intervenções adequadas e na documentação rigorosa dos cuidados prestados. A utilização consistente de instrumentos de avaliação da dor e a reavaliação sistemática após cada intervenção constituem elementos essenciais para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente.

Conclui-se que o presente estudo contribui para a identificação de oportunidades de melhoria na gestão da dor em contexto de urgência, constituindo um ponto de partida para a implementação de estratégias que promovam a avaliação sistemática da dor e a otimização dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com EAM.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Aitken, L. M., Marshall, A. P., Chaboyer, W., & Elliott, D. (2019). *Critical care nursing: An evidence-based approach* (3rd ed.). Elsevier.
- Carvalho, A. S., & Martins, M. J. (2015). *Cuidados intensivos: Enfermagem e prática clínica*. Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Programa nacional de controlo da dor*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Circular normativa n.º 09/DGCG: Avaliação e registo da dor como quinto sinal vital*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Abordagem da sépsis no adulto*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Norma n.º 021/2015: “Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação* (atualizada). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Norma n.º 022/2015: “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central* (atualizada). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

- European Society of Cardiology. (2023). *Guidelines for the management of acute coronary syndromes*. European Heart Journal.
- Ferreira, J. (2016). *Síndromes coronárias agudas*. Lidel.
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... Widimský, P. (2018). 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). *Guia orientador de trabalhos escritos*. <https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf>
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2012). *KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury*. *Kidney International Supplements*, 2(1), 1–138.
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série, n.º 181. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Macedo, R. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2020). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (10th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 124/2011 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 35.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica* (Regulamento n.º 429/2018). Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referênciação – Medicina intensiva*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19448/sai-oe-2020-5853.pdf>
- Portela, M. C., Pronovost, P. J., Woodcock, T., Carter, P., & Dixon-Woods, M. (2015). Improvements in patient safety and the quality of care through learning collaboratives: An overview of the evidence. *Health Affairs*, 34(5), 716–725. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0999>
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 1935–1937. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744–4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Silva, H. (2010). Dor torácica e diagnóstico diferencial no enfarte agudo do miocárdio. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(3), 417–425.
- Sousa, J. (2019). Epidemiologia do enfarte agudo do miocárdio em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 37(1), 12–19.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2021). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (8th ed.). Elsevier.
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandembroucke, J. P. (2007). The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement. *PLoS Medicine*, 4(10), e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>

Apêndices

Apêndice 1 – Infografia sobre o Ácido Tranexâmico



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Viseu
Discente: Inês Pereira Laia
Docente: Professora Doutora Teresa Silveira Lopes
Orientadores: Enfermeiros Especialistas em EMC Elsa Lopes e Nelson Antunes

Antifibrinolítico/Anti-hemorrágico

O Ácido Tranexâmico é um derivado sintético do aminoácido lisina com atividade antifibrinolítica inibindo assim os recetores de lisina na molécula de plasminogénio. Desta forma, irá impedir a ativação da plasmina e consequentemente preservar a função da fibrina na formação do coágulo. Assim sendo, a sua função é inibir a ação fibrinolítica da plasmina, reduzindo a hemorragia.

Indicações	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de hemorragias agudas • Hemorragias pós-cirúrgicas
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidade • Trombose venosa ou arterial aguda • Coagulação intravascular ativa • Compromisso renal grave • História de convulsões
Efeitos Secundários	<ul style="list-style-type: none"> • Arritmias • Bradicardia • Hipotensão • Náuseas e vômitos

PERFUSÃO DE 1G DE ÁCIDO TRANEXÂMICO DILUÍDO EM 100ML DE NACL EM 10 MINUTOS

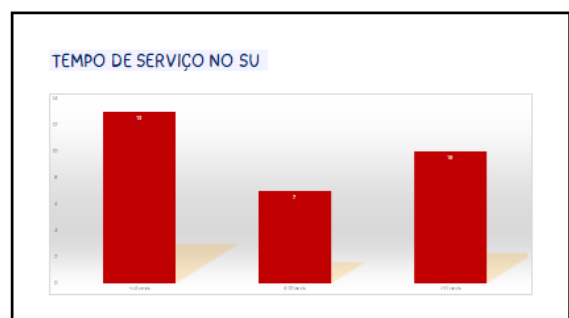
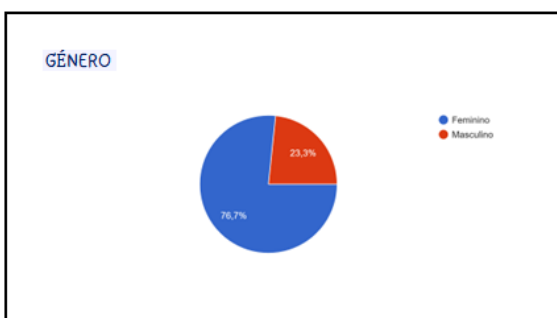
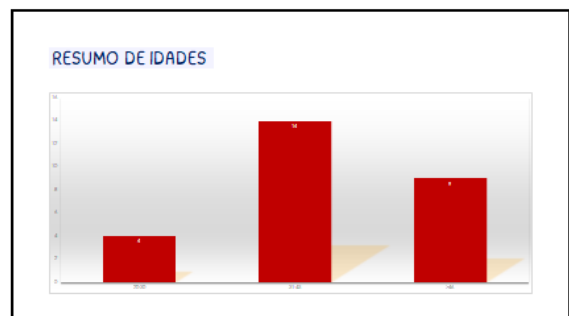
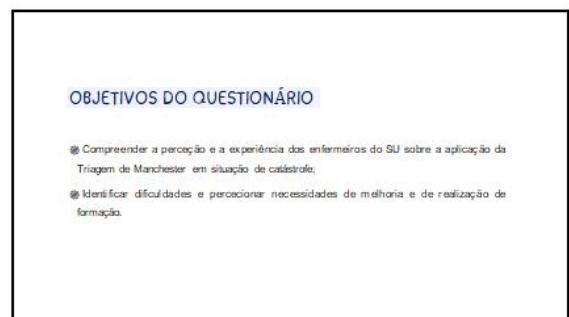
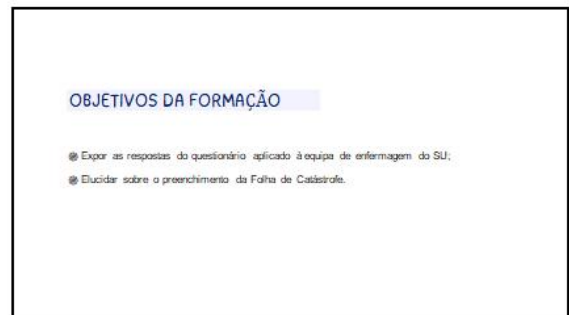
PERFUSÃO DE 1G DE ÁCIDO TRANEXÂMICO DILUÍDO EM 500ML DE NACL A 62,5ML/H EM 8H

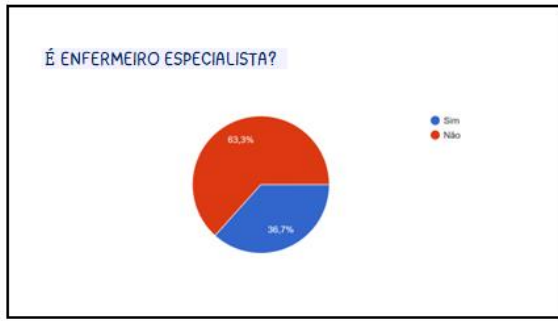
Cuidados de Enfermagem

- Monitorizar sinais vitais
- Vigiar risco de hemorragia
- Vigiar complicações tromboembólicas

Referências Bibliográficas: Anexo I lista das denominações, formas, formulações, dosagens (ml, vial) e administração do(s) medicamento(s). Hiper (ex) dó(s) autorizações de introdução no mercado nos estados-membros. [n.d.] Disponível em <https://www.infarmed.pt/document/16786/88636/Tranex232A2mico-anexo/3656?tr=4658-40af-ub42-d4277b6e60>. Duarte, S. & Silva, S. & Tomáso, T. (2022) ÁCIDO TRANEXÂMICO E TIZ (TRAPITAPIDIO CLÁRIDO-ENXIFALUCO) SOLUÇÃO. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO CRASH-3. Disponível em <https://scopus.br/pt/ver/publicacao/ab66ef8-f34c-46b3-92f6-9742b347314a>; Lourenço, F. (2023) Eficácia do Ácido Tranexâmico como agente hemostático em pessoas submetidas a artroplastia total primária do joelho a arco - Revisão sistemática da literatura. Disponível em <https://repositorio.ufrpe.br/handle/18400/35790>; Luz, L. da, Sanikaravijay, A., Passos, L., Rosta, S., França, G. F., & Nascimento Jr., S. (2002) Ácido tranexâmico no tratamento da hemorragia no trauma. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 35(1), 77-80. <https://doi.org/10.1590/s0006-92302000000016>; Paquetes, L. (2022) Impacto clínico e no tempo de internamento da introdução do protocolo de Ácido Tranexâmico intravenoso, no Artroplastia total do joelho - a experiência de um Centro Hospitalar e Universitário. Disponível em <https://repositorio.ufrpe.br/handle/18451/29027>; SNS (2017). Norma 01/2017 - Abordagem da Transfusão Plásmica no Adulto. Disponível em <https://normas.dgs.mesaude.pt/app-content/uploads/2018/03/abordagem-da-transfusao-plasma-2017.pdf>.

Apêndice 2 – Sessão de Formação “Triage de Manchester – Catástrofe”





Em vez de se selecionar em primeiro lugar os doentes mais graves, selecionamos os menos graves.

Objetivos:

- Salvar tantas vidas quanto possível.
- Assegurar a melhor prestação de cuidados segundo os recursos existentes.



16 SEGUNDOS

Objetivos:

- Permitir a imposição de ordem.
- Assegurar a triagem rápida de um grande nº de vítimas.

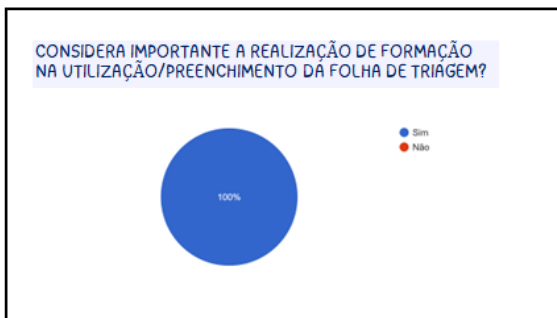
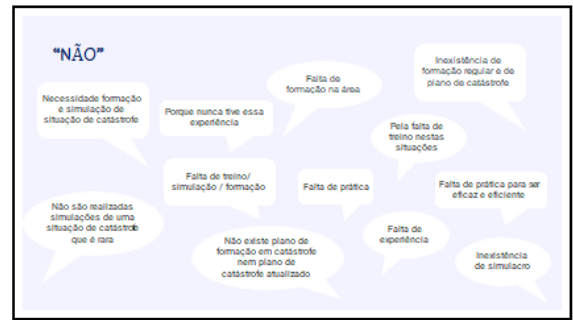
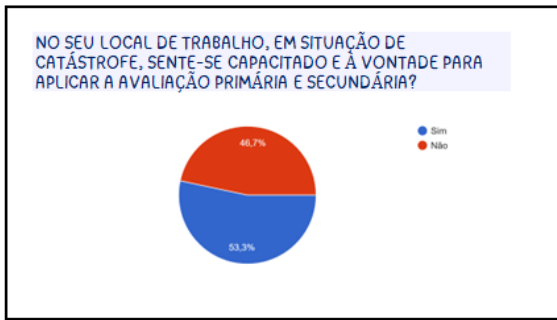
Não se selecionam as vítimas mais graves primeiro, mas sim o maior nº de vítimas que andam.



RTS (Triage Revised Trauma Score)

- Estado de consciência
- Frequência respiratória
- Pressão arterial sistólica

Pontuação	Prioridade
1-10	1
11	2
12	3
0	4

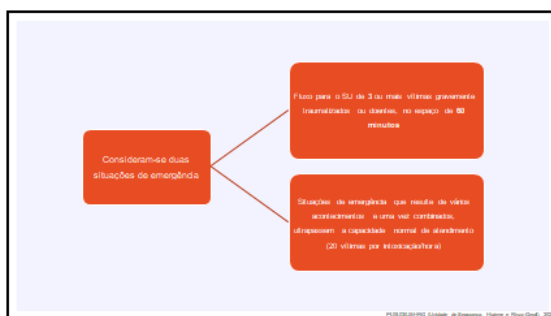


PROPOSTA DE ABORDAGEM EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE NO SU COM BASE NO PLANO DE CATÁSTROFE EXTERNO

Unidade Local de Saúde Carmo Branco, ULS	Unidade de Segurança, Higiene e Risco Geral
PROCEDIMENTO INTERNO	PLANO EXTERNO
PLANO DE CATÁSTROFES EXTERNAS	Edição nº 03 Revisão: 07/08/2023

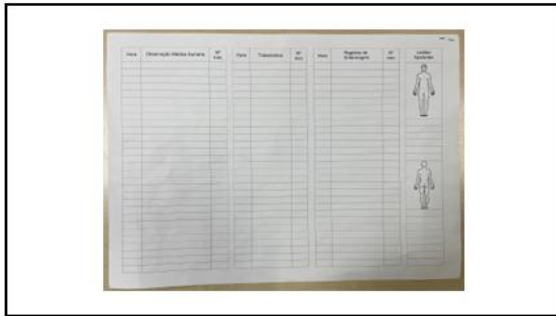
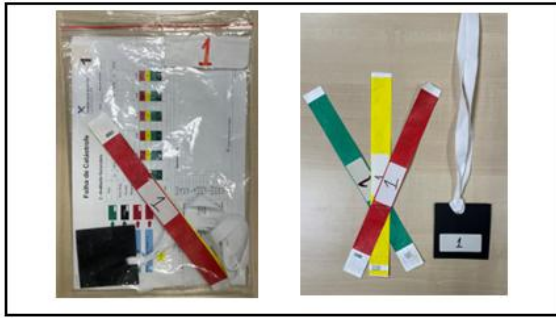
PLANO DE CATÁSTROFE EXTERNO (PCE)

- Pretende descrever o conjunto de ações a realizar de forma ordenada, definir funções e responsabilidades do pessoal com o intuito de dar resposta perante uma situação de catástrofe.
- A situação de todos os serviços envolvidos desenvolve-se em 3 níveis:
 - Nível 1:** O hospital para além da situação de catástrofe com as ações disponíveis no momento em que é ativado o PCE.
 - Nível 2:** O hospital necessita de mobilizar o pessoal presente no hospital no momento em que é ativado o PCE.
 - Nível 3:** O hospital deve utilizar todos os seus recursos para além dos recursos internos disponíveis em caso de emergência.



20 KITS

- Após aviso prévio, o kit será colocado na entrada do SU, junto à secretaria onde se faz a triagem das vítimas.
- Na primeira abordagem é atribuído um número a cada vila, posteriormente, quando possível, receber os dados/identificação da vila e realizar registos informativos.



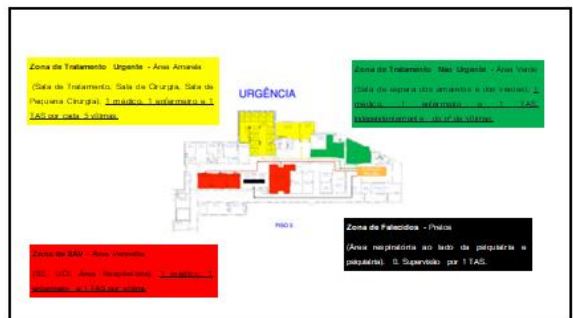
Reorganize o SU e a equipe seguindo a notificação de uma situação multivítimas (>15)



QUADRO 11
CATÁSTROFES - AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Avaliação Primária

- Realizada na entrada do SU em frente à secretária;
- Equipe de Triage;
- Número estimado de doentes na Equipe de acordo com o fluxo de chegada:
 - 5-20 vítimas/hora: 1 efetivo por cada 10 vítimas;
 - > 20 vítimas/hora: 1 efetivo por cada 5 vítimas.
- Vítimas imediatamente encaminhadas para a zona previamente estabelecida.



CASO 3

Nº de entrada de vítima: nº 6 Vítima prostrada, com abertura ocular espontânea à dor, resposta verbal confusa.

Avaliação primária? Andar? Não. Respira após abertura da VA? Sim. FR: 22. TPC 2 segundos. Pulso: 100bpm

Encaminhado para onde? Sala de Tratamento, Sala de Cirurgia, Sala de Pequena Cirurgia **Amarado**

Avaliação Secundária:

Glasgow: 11

FR: 22

PA: 92/45

Total: 11 pontos: **Amarado**

CASO 4

Nº de entrada de vítima: nº 14 Vítima consciente e orientada, pálida e a desambular pelo próprio pé.

Avaliação primária? Andar? Sim.

Encaminhado para onde? Sala de espera dos amarelos e dos verdes

Avaliação Secundária:

Glasgow: 9

FR: 6

PA: 50/35

Total: 4 pontos: **Vermelho** Informada equipa coordenadora que autoriza transferência de zona.



Anexos


Anexo 1 – Check List-Reposição de Unidades

CHECK LIST - REPOSIÇÃO DE UNIDADES

UNIDADE: _____	
BRAÇO DIREITO UNIDADE	
BRAÇO ZONA SUPERIOR	
BOMBA INFUSORA	1
SERINGA INFUSORA	2
PRATELEIRA SUPERIOR	
COMPRESSAS C1	3
LUVAS PLASTICO ESTÉREIS	3
ROLO ADESIVO NÃO TECIDO	1
ESTETOSCOPIO	1
GARFO NASAL	1
PRATELEIRA MÉDIA	
TABULEIRO composto por:	
SPRAY BARREIRA	1
DESINFECTANTE	1
ACIDOS GORDOS HIDROGENADOS	1
TAÇA COM COMPRESSAS (NÃO ESTÉREIS)	10
ROLO ADESIVO PAPEL (5 CM)	1
ROLO ADESIVO HIPO (2 CM)	1
ROLO ADESIVO (1 CM)	1
SERINGA 10 ML	1
NASTRO	1
PINÇA PLASTICA	1
ELECTRODOS	3
ZONA LATERAL BRAÇO DTO	
ASPIRADOR MONTADO	1
TESTADO	-
CONEXÃO ASPIRAÇÃO	1
COLUNAS	2
SONDA VERMELHA	1
SONDAS 12F (PRETAS)	2
SONDAS 14F (VERDES)	3
SONDAS 16F (LARANJA)	3
DEBITOMETRO O ² MONTADO	1
FUNCIONANTE	-
PRATELEIRA INFERIOR	
CONTENTOR PERFURANTES	1
PACK HUMIDIFICAÇÃO O ²	1
CAIXA LUVAS M	1
GAVETA INFERIOR	
ELECTRODOS	10
MONITOR GLICEMIA (FUNCION.)	1
FITAS GLICEMIA	10
PICADORES	10
OBTURADORES (VENOSO E ARTERIAL)	2+2
TAMPAS	5
TORNEIRAS 3 VIAS	2
SERINGAS 5 ML	5
SERINGAS 10 ML	2
AGULHAS EV	5
AGULHAS SC	5
AMPOLAS SORO FISIOLÓGICO	4
TESOURA	1

BRAÇO ESQUERDO UNIDADE	
PRATELEIRA SUPERIOR	
MONITOR MONTADO	1
TESTADO	-
MÓDULO ECG/RESP	1
MÓDULO TA	1
MÓDULO SPO ²	1
MÓDULO TEMP	1
MÓDULO PA	1
CABO ECG/RESP	1
CABO TA	1
MANGA TA (MÉDIA)	1
CABO SPO ²	1
SENSOR TEMP	1
CABO PA	1
SUPORTE / TRANSDUCER PA	1
SUPORTE SOROS	1
INSUFLADOR MANUAL + FILTRO ANTIBACTERIANO / VIRAL (amarelo)	1
PRATELEIRA INFERIOR	
VENTILADOR:	
MONTADO E TESTADO	
MODO – volume controlado	
VALOR DE FIO ₂ 100%	
PEEP 5	
FR 15	
VC 500 ml	
GAVETA INFERIOR	
TABULEIRO composto por:	1
PINÇA PLASTICA	1
SERINGA 50 ML azul ou preta	1
CONEXÃO SERINGA	1
PINÇA KOCHER	1
CLAMP (tampa de algália/SNG)	1
SONDA DE BOCA	1
FILTRO HMEF(verde)	1
FILTRO ANTIBACTERIANO / VIRAL (amarelo)	1
CONJUNTO DE TRAQUEIAS	1
SWIVEL COM ACORDEÃO	1
SONDA SNG POLIURETANO	1
SACO DRENAGEM	1
IMOBILIZAÇÕES	2
OBSERVAÇÕES:	
REALIZADO POR:	
ENFERMEIRO(S)	N. MEC.
ASSISTENTE(S) OPERACIONAL (AIS)	N. MEC.
DATA: / /	HORA: : H

Anexo 2 - Tabela de comunicação utilizada na UCIP

Tabela de Comunicação Virar a página 





















































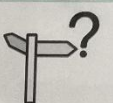
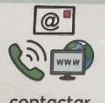





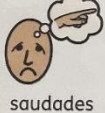
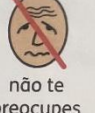














 sim	 beber água	 boca seca	 dor de garganta	 tosse	 dor de cabeça	 enjoo	
 quarto de banho	 limpar a boca	 falta de ar	 não consigo respirar	 calor	 frio	 desconfortável	
 luz acesa / luz apagada	 creme para os lábios	 medicação	 alergia	 aspiração pela boca	 aspiração por traqueostomia	 oxigénio	
 ajustar a cama	 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10						 muito cansado
 não	          						 não sei

Tabela de Comunicação Virar a página 

 sim	 Covid-19	 pergunta	 estás bem?	 onde estou?	 contactar família	 obrigada																																					
 família <small>Adicione nomes aqui</small>		 telefonema	 escrever	 amo-te	 saudades	 não te preocupes																																					
 amigos		 adeus	 rezar	 orgulho	 sem visitas	 casa																																					
 animais de estimação		 ansioso	 medo	 triste	 calmo	 ok																																					
 não	<table border="1"> <tr><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td><td>f</td><td>g</td><td>h</td><td>i</td><td>j</td><td>k</td><td>l</td></tr> <tr><td>m</td><td>n</td><td>o</td><td>p</td><td>q</td><td>r</td><td>s</td><td>t</td><td>u</td><td>v</td><td>w</td><td>x</td></tr> <tr><td>y</td><td>z</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>						a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	 não sei
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l																																
m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x																																
y	z	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																

Anexo 3 - Protocolos de Nutrição Entérica e de Administração de Insulina

ALGORITMO DE ADMINISTRAÇÃO NUTRIÇÃO ENTÉRICA

QUADRO DE DOSE-ALVO

Esquema de administração de NE Polimérica Isocalórica (1 Kcal/ml)

Peso (Kg)	Esquema	1 ^º s 3h	2 ^º s 8h	3 ^º s 24h		Kcal/dia	5 ^º dia	Kcal/dia
< 60	1	15 ml/h	30 ml/h	45 ml/h	Manter débitos até ao 5 ^º dia	1080	60 ml/h	1440
60-80	2	20 ml/h	40 ml/h	60 ml/h		1440	80 ml/h	1920
> 80	3	25 ml/h	50 ml/h	75 ml/h		1800	100 ml/h	2400



PROCEDIMENTO INTERNO Controle da Glicemia no Doente Crítico

Versão 1 – Maio 2018

- Hiperglicemia: Valor de glicemia > 140 mg/dl;
- Hipoglicemia: Valor de glicemia < 70 mg/dl (hipoglicemia grave < 40 mg/dl)
- Valores-alvo de glicemia 140-180 mg/dl , evitar hiper/hipo, evitar flutuações glicemia

INSULINA EM PERFUSÃO ENDOVENOSA

- **APLICABILIDADE:** Adulto, hiperglicêmico, com suporte nutricional contínuo (entérico ou parentérico) e com + 2 avaliações > 180mg/dl (implica prescrição médica prévia)
NÃO SE APLICA A CETOACIDOSE DIABÉTICA, COMA HIPEROSMOLAR, HIPERGLICEMIA COM NUTRIÇÃO INTERMITENTE
- **PREPARAÇÃO:** Seringa 50 ml: 49,5 ml NaCl 0,9% + 50 UI Insulina (0,5 ml)
- **INICIO DA PERFUSÃO:** Para cálculo da perfusão inicial, dividir a glicemia inicial por 100. Arredondar para o valor mais próximo (incrementos de 0,5 UI). Se glicemia > 300 mg/dl, administrar um bólus correspondente à taxa de perfusão calculada.
- **CONTROLE DA PERFUSÃO:** Avaliar a glicemia após a 1.^a hora e escolher a coluna correspondente na **tabela 1**. Subtrair o valor inicial da glicemia ao valor atual. Na coluna escolhida, verificar qual a célula onde se insere o valor da glicemia obtido. Percorrer a linha horizontal até à coluna "Instrução". Consultar a **tabela 2** e mudar a taxa de perfusão.

TABELA 1	100-139 mg/dl	140-179 mg/dl	180-249 mg/dl	≥ 250 mg/dl	Instrução
			↑ Glicemia >40 mg/dl/hr	↑ Glicemia	↑ Infusão "2Δ"
		↑ Glicemia >20 mg/dl/hr	Glicemia = ↑ Glicemia 1-40 mg/dl/hr	Glicemia = ou ↓1-40 mg/dl/hr	↑ Infusão "Δ"
	↑ Glicemia	↑ 1-20 mg/dl/hr Glicemia = ou ↓ 1-20 mg/dl/hr	↓ Glicemia 1-40 mg/dl/hr	↓ Glicemia 41-80 mg/dl/hr	Manter Infusão
	Glicemia = ou ↓ 1-20 mg/dl/hr	↓ Glicemia 21-40 mg/dl/hr	↓ Glicemia 41-80 mg/dl/hr	↓ Glicemia 81-120 mg/dl/hr	↓ Infusão "Δ"
	↓ Glicemia >21 mg/dl/hr (1)	↓ Glicemia >40 mg/dl/hr	↓ Glicemia >80 mg/dl/hr	↓ Glicemia >120 mg/dl/hr	Suspender 30 ' ↓ Infusão "2Δ"

[1] Interromper a perfusão, verificar a glicemia após 30 minutos. Se valor da glicemia ≥100 mg/dl, reiniciar a perfusão a 75% da última taxa de perfusão.

TABELA 2	Taxa perfusão atual	"Δ" Taxa de mudança (UI/h)	"2Δ" Taxa de mudança (UI/h)
	< 3	0,5	1
	3 - 6	1	2
	6,5 - 9,5	1,5	3
	10 - 14,5	2	4
	15 - 19,5	3	6
	20 - 24,5	4	8
	> 25	5	10

- Pesquisa da glicemia 1/1 h (até obter 3 valores consecutivos no alvo)
- Alargar a pesquisa para 2/2 h (até obter 3 valores consecutivos no alvo)
- Alargar a pesquisa para 4/4 h e manter

PROCEDIMENTO INTERNO

Controle da Glicemia no Doente Crítico

ATUAÇÃO NA HIPOGLICEMIA (< 70 MG/DL)

- Interromper a perfusão de insulina e administrar 20 a 40 ml de dextrose a 30% (20 ml de dextrose a 50%). Repetir se necessário.
- Verificar a glicemia de 15/15 minutos na 1ª hora. Logo que a glicemia >140mg/dl, reiniciar a perfusão de insulina, a 50% do débito anterior e sempre após 1 hora da administração da dextrose. Manter o escalonamento de vigilância da glicemia.

INSULINA EM ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA

- **APLICABILIDADE:** Adulto, hiperglicêmico, não elegível para insulina EV.
NÃO SE APLICA: CETOACIDOSE DIABÉTICA, COMA HIPEROSMOLAR, ADULTO HIPERGLICEMICO ELEGIVEL PARA INSULINA EV
- A avaliação da glicemia deve ser realizada pré-prandial (PA, A, J) e deitar (6 X/dia no doente risco de hipoglicemia) ou de 4/4h a 6/6h.

DOSE DIÁRIA TOTAL DE INSULINA (DDTI)

- **DOENTE DIABÉTICO:** Doentes com prescrição de insulina: total diário da insulina lenta e rápida administrada nos últimos dias (estando o doente controlado); **Doentes sem prescrição de insulina:** cálculo de acordo com o peso do doente (tabela 3). Dividir a DDTI em 50% insulina basal (dose única - 23h); e 50% insulina prandial antes das três refeições principais (eliminar se o doente não se alimenta). Corrigir a hiperglicemia pré prandial com insulina de correção (Esquema de Trencé – Tabela 4).
- **DOENTE NÃO DIABÉTICO:** Primeiras 24 h de internamento: Após a avaliação de glicemia, corrigir usando Esquema de Trencé (tabela 4) ou a *Sliding Scale* existente. O valor total de insulina das 24 h serve de base para o cálculo da DDTI. Proceder de forma similar ao doente diabético (50% lenta + 50% prandial + Esquema de Trencé para correção).

TABELA 3	TIPOLOGIA	DOSE INSULINA
	Baixo peso/Idosos/IRC/HD	0,2 - 0,3 UI/Kg nas 24 horas
	Peso normal	0,4 UI/Kg nas 24 horas
	Excesso de peso	0,5 UI/Kg nas 24 horas
	Obesos ou sob corticoterapia	0,6 UI/Kg nas 24 horas

TABELA 4	GLICEMIA PRÉ PRANDIAL	INSULINO-SENSIVEL (<40 UI/dia) (MAGRO)	INTERMÉDIO (40-80 UI/dia) (PESO NORMAL)	INSULINO-RESISTENTE (>80 UI/dia) (OBESO)
	150 - 199	1	1	2
	200 - 249	2	3	4
	250 - 299	3	4	6
	300 - 349	4	6	8
	350 - 399	5	8	10
	≥ 400	6	9	12

REALIZADO POR: FERNANDO MICAEL NULITA LOURENÇO RUI MACEDO COLABORAÇÃO DE DANIELA ALVES	REVISTO POR: OLINDA MONSANTO PAULO COSTA SANDRINA DUARTE	APROVADO POR: FERNANDO MARTINHO JOÃO GABRIEL
---	--	---

Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética



Documento: Submissão de pedido de autorização para realização de estudo

Assunto: Pedido de parecer para a realização do estudo intitulado "Gestão da dor do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio na primeira abordagem no Serviço de Urgência"

Requerente: Inês Pereira Laia

Título: "Gestão da dor do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio na primeira abordagem no Serviço de Urgência" cujo objetivo principal é identificar as ferramentas de diagnóstico e monitorização da dor sendo a dor um dos principais sintomas da EAM.

Investigador: Inês Pereira Laia

Co- investigador: Mauro Mota

Orientador: Professor Doutor Mauro Mota

Amostra: Todos os doentes com idade igual ou superior a 18 anos, admitidos no Serviço de Urgência, com o diagnóstico de EAM.

Serviço onde decorre o estudo: Serviço de Urgência

Data do pedido: datado no HAL a 10/01/2025

A Comissão de Ética da ULSCB, EPE, concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados .

ULS de Castelo Branco, E.P.E, 21 de fevereiro de 2025

A Comissão de Ética

Isabel Regina Soares

Isabel Regina Soares

Maria Rita Fernandes Morais Membro Gerente

Maria Rita Fernandes Morais

Antonieta Joazia Lopes Santos dos Santos

Antonieta Joazia Lopes Santos dos Santos

Wanda Torgato

Wanda Torgato

Anexo 5 – Certificado de participação com o tema “*Critical Care*: Gestão da dor no doente crítico – Dor torácica”



Anexo 6 – Declaração de Integridade Científica – Uso de Inteligência Artificial**Declaração de Integridade Científica – Uso de Inteligência Artificial**

Eu, Inês Pereira Laia (nome), autor(a) do trabalho Gestão da dor no doente com Enfarte Agudo do Miocárdio na primeira abordagem no Serviço de Urgência (título), declaro que utilizei a ferramenta de inteligência artificial ChatGPT (OpenAI, versão 5.2) (nome e versão) para revisão linguística e reformulação estilística (descrição sucinta da finalidade).

Declaro que utilizei a ferramenta de inteligência artificial acima indicada exclusivamente para os fins descritos. Confirmando que analisei criticamente todos os resultados gerados e assumo plena responsabilidade pela integridade científica deste trabalho.

Local e Data: Castelo Branco, 27 de janeiro de 2026

Assinatura: Assinado por: Inês Pereira Laia
Num. de Identificação: BI15026800
Data: 27-01-2026 23:07:48 +00:00

