ESS Norte

Diana vale

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA VIA VERDE DO AVC

2025

ESS Norte

Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SÍTUAÇÃO CRÍTICA

Diana Isabel Amorim Coimbra Vale

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA VIA VERDE DO AVC

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA VIA VERDE DO AVC

Relatório Final de Estágio

Diana Isabel Amorim Coimbra Vale

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob orientação do Mestre André Leão.

Oliveira de Azeméis| 2025

"Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota."

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial à minha família, à minha mãe Isabel e ao meu pai António, pelo amor, compreensão e incentivo constantes. Vocês são a minha base e o meu suporte em todos os momentos da vida.

Agradeço também aos meus irmãos, Luís e André por estarem sempre ao meu lado, apoiando-me e motivando-me a seguir em frente, assim como, à minha cunhada Joana.

Um obrigada do coração à minha melhor amiga, Liliana Nobre, pela amizade e carinho ao longo destes anos.

Agradeço ao meu orientador, Mestre André Leão, pelo seu apoio incondicional, orientação e inspiração ao longo de todo este processo. A sua experiência e conhecimento foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço também aos meus colegas e amigos que integraram o Mestrado comigo, Cátia, Lúcia, Bruno Gomes e Bruno Sá, pelo companheirismo, motivação e pelo ambiente colaborativo que tornaram esta jornada mais leve e agradável.

Um agradecimento especial ao meu namorado, Ivo, pelo seu amor, paciência e apoio constante. A tua presença fez toda a diferença durante esta jornada.

Ao meu Avô Virgílio, que nos deixou vítima de AVC.

Ao meu padrinho, José Carlos Amorim Marques…

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema da Saúde

AHA - *American Heart Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS - Índice Bispectral

CHD - Clorexidina

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral da Saúde

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Epi - Equipamento de Proteção Individual

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

NAS - *Nursing Activities Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMIP - Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAC - Tomografia Axial Computorizada

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI - Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A realização deste Relatório surge no âmbito da unidade curricular Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II inserida no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Tem como finalidade apresentar e refletir criticamente sobre as atividades e experiências que possibilitaram a aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Medico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

A primeira parte deste Relatório é centrada na componente de estágio, apresentando o enquadramento dos dois locais de estágio, seguindo-se uma análise critico-reflexiva das competências comuns e competências especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Medico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A segunda parte foca-se numa componente de investigação, com objetivo de explorar e descrever quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC, tendo como questão orientadora para a investigação, quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC?

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), devem estar alerta em relação aos sinais e sintomas do AVC, de forma a reconhecerem e referenciarem precocemente os utentes para uma avaliação personalizada e tratamento específico, emergindo a importância de saberem quais as intervenções autónomas a ter em consideração perante uma pessoa com esta patologia.

A metodologia utilizada para este estudo de investigação foi o *Focus Group*, justificada pela capacidade de capturar a complexidade e a riqueza das práticas clínicas. A interação entre os participantes, a contextualização das práticas, a identificação de padrões e a validação dos dados, são aspetos que tornam o *Focus Group* uma escolha metodológica valiosa para este tipo de investigação.

A análise dos dados obtidos revela uma forte consciência e valorização das intervenções autónomas dos enfermeiros especialistas em EMC na ativação da Via Verde do AVC. Os participantes destacam a importância de uma avaliação inicial precisa e a capacidade de

realizar intervenções críticas, como a administração de medicamentos e a monitorização de sinais vitais, sem depender exclusivamente de ordens médicas. Essa autonomia não apenas melhora a qualidade dos cuidados prestados, mas também contribui para a prevenção de complicações graves e a promoção de resultados mais favoráveis para os utentes.

Com a identificação destas intervenções autónomas pretende-se contribuir para a importância do desenvolvimento de melhores práticas dos enfermeiros nos serviços de urgência.

ABSTRACT

This report is part of the curricular unit Nursing Care for the Critically Person II, included in the curriculum of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing with a Specialization in Nursing for the Critically Person at the at the Portuguese Red Cross North School of Health.

The purpose of this report is to present and critically reflect on the activities and experiences that allowed for the acquisition and development of the competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing with a Specialization in Nursing for the Critically Person.

The first part of this report focuses on the internship component, presenting the context of the two internship locations, followed by a critical-reflective analysis of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing with a Specialization in Nursing for the Critically Ill Person.

The second part is focused on a research component, aiming to explore and describe the autonomous interventions of the specialist nurse in the Stroke Fast-Track Protocol, with the guiding research question: What are the autonomous interventions of the specialist nurse in the Stroke Fast-Track Protocol?

Healthcare professionals, particularly specialist nurses in Medical-Surgical Nursing (MSN), must be alert to the signs and symptoms of stroke in order to recognize and refer patients early for personalized evaluation and specific treatment. This highlights the importance of knowing the autonomous interventions to consider when caring for a patient with this condition.

The methodology used for this research study was Focus Group, justified by its ability to capture the complexity and richness of clinical practices. The interaction between participants, the contextualization of practices, the identification of patterns, and data validation are aspects that make the Focus Group a valuable methodological choice for this type of research.

The analysis of the data collected reveals a strong awareness and appreciation of the autonomous interventions of specialist nurses in MSN in activating the Stroke Fast-Track Protocol. The participants highlight the importance of an accurate initial assessment and the ability to perform critical interventions, such as administering medications and monitoring vital signs, without relying solely on medical orders. This autonomy not only

improves the quality of care provided but also helps prevent severe complications and promotes better outcomes for patients.

The identification of these autonomous interventions is intended to contribute to the importance of developing better practices for nurses in emergency services.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO 15

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO 18

1. Enquadramento dos Contextos de Estágio 19

1.1. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos 19

1.2. Estágio em Contexto de Urgência 22

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 25

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal 25

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade 29

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados 31

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais 33

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica 35

3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica 35

3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 44

3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência de antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas 46

4. Considerações Finais 53

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 55

1. Resumo 57

2. Abstract 59

3. Fundamentação/enquadramento teórico 61

4. Finalidade e Objetivos 65

5. Metodologia 66

5.1. Desenho do Estudo 66

5.2. Considerações Éticas 67
6. Resultados 69
7. Discussão 77
8. Conclusão 93
CONSIDERAÇÕES FINAIS 95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 97
ANEXOS 107
ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO 109
APÊNDICES 111
APÊNDICE I: PÓSTER CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO DA VIA VERDE SÉPSIS 112
APÊNDICE II: GUIÃO DO *FOCUS GROUP* 114
APÊNDICE III: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO 116

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final de Estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio à Pessoa em Situação Crítica II do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, com orientação do Mestre André Leão.

Ao longo do percurso académico, para além da componente teórica, foram realizados dois momentos de estágio, com um total de quatrocentas e quarenta horas de contacto, especificamente num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) e outro num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), ambos em duas Unidades Locais de Saúde distintas da Região Norte de Portugal.

A tomada de decisão de voltar novamente ao Ensino Superior e frequentar este curso, surgiu como um desafio de novas aprendizagens e uma necessidade de desenvolvimento de novas competências que estão vinculadas ao Grau de Mestre e ao título de Enfermeiro Especialista, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE), visto trabalhar num Serviço de Urgência (SU) e sentir a necessidade de desenvolver novas competências especificas à pessoa em situação crítica, com a finalidade de se conseguir os melhores cuidados para a mesma.

Este Relatório Final de Estágio tem como objetivo apresentar e refletir criticamente sobre as atividades e experiências que possibilitaram a aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Medico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) (Ordem dos Enfermeiros, 2018c).

Em todos os momentos, foi possível entrar em contacto com pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica, assim como, contacto com as suas famílias e/ou cuidadores, sendo possível refletir a necessidade de cuidados especializados nestes serviços, assumindo a necessidade de enfermeiros especialistas nesta área de especialização.

Pessoa em Situação Crítica é aquela "cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (OE, 2018c, p.19362).

Segundo a OE (2019), enfermeiro especialista é aquele que possui conhecimento aprofundado e competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados

especializados num domínio específico da enfermagem, assim como, demonstra elevado desenvolvimento do pensamento crítico, o que fundamenta a sua tomada de decisão em relação ao processo de vida e aos problemas de saúde da pessoa.

Competências comuns referem-se àquelas que os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstram através da capacidade de conceber, gerir e supervisionar os cuidados prestados. Além disso, estas competências baseiam-se na argumentação e fundamentação da prática profissional, sustentada pela formação contínua, investigação e assessoria (OE, 2019).

Neste Relatório também se insere simultaneamente uma componente de investigação relacionada com as intervenções autónomas dos enfermeiros especialistas na Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

AVC é um défice neurológico súbito, que resulta da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, em que 80% dos AVC´s são isquémicos, resultantes de uma oclusão, sendo os restantes a uma rutura vascular, designados por hemorrágicos (Figueiredo, et al., 2020). Em Portugal, ocorrem cerca de três mil casos de AVC por ano, sendo a principal causa de morte e morbilidade (INE, 2024).

O AVC deve ser tratado como uma emergência médica e, na sua gestão, o tempo é, evidentemente, uma variável crítica. O objetivo é determinar o tipo de AVC, se é isquémico ou hemorrágico, proceder ao tratamento e transferir para a Unidade de AVC aos cuidados de uma equipa especializada. Torna-se por isso fundamental o registo do tempo entre o início dos sintomas e a chamada de emergência.

Os profissionais de saúde, e o público em geral, devem conhecer os sintomas e sinais de AVC, de modo a reconhecerem e referenciarem precocemente para uma avaliação personalizada e tratamento específico.

As Vias Verdes são estratégias que visam a melhoria do acesso da população em fase aguda a cuidados médicos mais adequados e especializados, promovendo um diagnóstico e tratamento mais célere e eficaz, diminuindo o tempo entre o início dos sintomas, o diagnóstico e tratamento, reduzindo a mortalidade e possíveis sequelas (Ministério da Saúde, 2020).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017a), a implementação das vias verdes é essencial para identificar e estratificar o tratamento mais eficaz, permitindo não só diminuir a mortalidade, mas também a rentabilização de recursos e a redução de custos para as organizações.

A Via Verde do AVC tem como principal objetivo conseguir que todos os utentes com AVC de origem isquémica cheguem o mais rápido possível a uma unidade hospitalar, e que tenham acesso rápido a cuidados de saúde para ser possível um diagnostico rápido e definitivo para proporcionar, nos casos elegíveis, a tratamento de reperfusão farmacológica (trombólise) e/ou trombectomia (DGS, 2017a).

Desta forma, definiu-se como objetivo para a componente de investigação deste Relatório, explorar e descrever quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC, tendo como questão orientadora para a investigação, quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC?

Estruturalmente, este Relatório Final de Estágio, encontra-se dividido em duas partes, em que a primeira parte é centralizada na componente de estágio, apresentando o enquadramento dos dois locais de estágio, seguindo-se uma análise critico-reflexiva das competências comuns e competências especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Medico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à PSC. A segunda parte, é focada na componente de investigação, tendo o *Focus Group* sido a técnica escolhida para explorar a temática selecionada.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos Contextos de Estágio

Neste capítulo encontra-se a caraterização dos locais de estágio inseridos na unidade curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, que foram essenciais para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, nomeadamente um primeiro momento em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com um total de duzentas e vinte horas e um segundo momento em contexto de Serviço de Urgência com um total de duzentas e vinte horas decorridos entre 2 de Outubro de 2023 até 8 de Março de 2024.

1.1. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos

O primeiro momento de estágio decorreu num SMIP numa Unidade Local de Saúde da região do Norte de Portugal, sendo que estes serviços

> "assumem a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados, nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento do doente e, evidentemente, da participação do doente e família/cuidador na definição da estratégia terapêutica" (Paiva, et al., 2017, p.6).

O SMIP onde se realizou o estágio, é constituído por duas unidades que têm capacidade para 12 camas, sendo classificado de UCI de Nível II e III, em que "as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva" e "as camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico" (Paiva, et al., 2017,p.9).

Na Unidade I estão inseridas 8 camas dispostas numa sala ampla (*open space*) e 1 quarto de isolamento e na Unidade II estão alocadas 4 camas e 1 quarto de isolamento, em que estes quartos, possuem uma janela, uma porta de vidro e uma antecâmara permitindo o isolamento e monitorização contínua do utente nele inserido.

Ambas as unidades possuem um balcão central com acesso fácil, a todos os profissionais de saúde, à monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos de todos os utentes internados, através de um monitor e da observação direta para os mesmos, assim como, vários computadores à disposição da equipa multidisciplinar para registo e consulta do processo dos utentes através do sistema informático "*PatientCare*".

Este sistema informático utilizado permite de forma simples e rápida a pesquisa de todos os registos efetuados no processo do utente, bem como, facilita a obtenção de dados face a indicadores de qualidade, como por exemplo, a taxa de úlceras de pressão do SMIP nos utentes internados.

É importante ainda referir que nas duas unidades existe iluminação natural, o que favorece a sincronização dos ciclos circadianos do utente, uma vez que,

> "a má distribuição de luz natural na UCI pode influenciar a arquitetura do sono do paciente, onde ao invés de desfrutar de um sono reparador de qualidade, o que ocorre é um sono mais leve, irregular (devido aos inúmeros momentos de despertar), chegando a ocorrer até 50% do sono durante o dia" (Moure & Santos 2023, p.5).

A unidade I possui um pequeno armazém onde existe um cofre onde se encontram guardados os estupefacientes com stock controlado diariamente pelo enfermeiro responsável de turno todos os turnos, assim como, possui também os diversos tipos de soros, antibióticos e restante terapêutica em unidoses. É na unidade I que também se encontra o carro de emergência com desfibrilhador, sendo que todos os dias é realizada a sua verificação no turno da noite.

O espaço físico detém todos os recursos materiais necessários à prestação de cuidados ao doente crítico, estando presente perto de todas as unidades equipamento de proteção individual (Epi) e carros com material para prestação de cuidados de higiene e conforto ao utente, devidamente acondicionados, permitindo minimizar assim o risco de infeção cruzada.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) podem ser provocadas pelos microrganismos da flora normal da pele e mucosas do utente ou microrganismos transmitidos por outro utente e/ou o seu ambiente envolvente, pelo que o material perto da unidade do mesmo e o espaçamento entre as camas dos utentes é de extrema importância.

As mãos dos profissionais de saúde são a principal fonte de transmissão de microrganismos da pele do utente para as mucosas ou zonas do corpo habitualmente estéreis e de outros

utentes ou do meio envolvente, pelo que é adotada a técnica da existência de gel antissético na unidade de todos os utentes

A unidade do utente permite realizar monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva e é composta por: uma cama elétrica, material para controlo de glicemia capilar, algum material para otimização de cateteres periféricos e sonda de alimentação, aspirador de secreções e reservatório de água, sondas de aspiração flexíveis e cânula rígida, saída de ar comprimido e de oxigénio, foco de iluminação e tomada de controlo da iluminação da unidade e uma mesa móvel. Possui também um monitor (capaz de monitorizar eletrocardiograma de 12 derivações, pressões arteriais invasivas e não invasivas, capnografia de onda, frequência respiratória, saturações periféricas de oxigénio), um ventilador, diversas bombas e seringas perfusoras. O monitor, ventilador e a máquina de leitura de gasimetria encontram-se ligados em rede com o sistema informático (*PatientCare*), passando automaticamente as informações para o mesmo. Todas as unidades possuem cortinas para manter a privacidade do utente.

Como já referido anteriormente, sendo esta unidade classificada de nível II e III, é permitido uma intervenção diferenciada ao nível do suporte/substituição da função de órgão como é o caso da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, da oxigenoterapia de alto fluxo, a realização de técnicas de substituição renal contínuas e recurso à mais diversa terapêutica.

O funcionamento do SMIP é composto por uma equipa multidisciplinar própria durante 24 horas/dia, constituída por médicos intensivistas, enfermeiros e assistentes operacionais. No entanto, sempre que seja pertinente, existe o apoio externo de outras especialidades médicas, de técnicos e meios complementares de diagnóstico.

Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída pelo Enfermeiro Gestor e por 40 enfermeiros sendo que, destes, 10 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 6 são especialistas em Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermagem Comunitária.

A prestação de cuidados de enfermagem é feita segundo o método de trabalho individual, apesar de existir uma grande entreajuda entre todos os elementos. A carga de trabalho de enfermagem é calculada através do *Nursing Activities Score* (NAS) que consiste numa escala para avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros em UCI portuguesas, com o objetivo de tentar definir a "*Gold Standard*". Esta escala é preenchida uma vez dia, no processo de cada utente, onde o *score* total corresponde a uma estimativa do tempo de trabalho efetuado a esse mesmo utente a cada vinte e quatro horas (Macedo R. et al., 2021).

O rácio de enfermeiro/utente no SMIP é de 1:2 e a distribuição deste rácio no serviço corresponde a 6 enfermeiros em cada turno (Manhã/Tarde/Noite), sendo que um destes elementos é destacado como responsável de turno, função assegurada por um enfermeiro especialista. Segundo o Diário da República (OE, 2014, p.38) "uma unidade classificada como nível II deve apresentar um rácio de enfermeiros de 1:2 e a de nível III de 1:1".

O Regulamento n.º 743/2019 (p. 145) recomenda ainda que “50 % da equipa total de enfermagem sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno".

O serviço admite utentes de todos os géneros que necessitem de cuidados intensivos. As patologias mais frequentes são de origem cardíaca, pulmonar, intoxicações, politraumas, status pós cirurgia e choque. A maioria dos utentes são enviados de diferentes serviços, como o serviço de urgência e o bloco operatório.

O SMIP possui ainda várias salas de apoio com funções distintas como gabinetes médicos, área de apoio ao secretariado e gestão documental, biblioteca, sala de espera para familiares e diversas áreas de arrumação e armazenamento de material de uso clínico e equipamentos diversos, assim como, um espaço de refeições para funcionários do serviço.

Assim sendo, para a realização deste estágio, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar prioridades de intervenção no cuidado ao doente com patologia neurológica, em parceria com a equipa multidisciplinar;

- Compreender o papel do Enfermeiro Especialista na organização e gestão do serviço, ao nível de recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem, reconhecendo a importância do trabalho em equipa e integrar a dinâmica funcional do local de estágio;

- Compreender o papel do Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados ao utente vítima de Acidente Vascular Cerebral.

1.2. Estágio em Contexto de Urgência

O segundo momento de estágio decorreu num SUP numa Unidade Local de Saúde da região do Norte de Portugal, sendo que este se encontra dividido em três setores de atendimento, o Serviço de Urgência de Adulto, o Serviço de Urgência Pediátrico e o Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia.

Este serviço é constituído por equipas multidisciplinares especializadas, capazes de gerir uma ampla gama de serviços, desde situações menos urgentes até emergências críticas. Esta abordagem multidisciplinar tem sido associada a melhores resultados para os utentes e a um maior grau de satisfação dos profissionais de saúde (Mitchell et al., 2011).

O Serviço de Urgência de Adulto, conforme recomendado pela Administração Central do Sistema da Saúde (ACSS) (2019), encontra-se localizado no primeiro piso de fácil acesso e divide-se em várias áreas: área de admissão/administrativa; área de Triagem de Manchester (3 gabinetes de triagem); gabinete de Eletrocardiografia; áreas coloridas (azul, verde, amarela, laranja) de tratamento específico para as várias especialidades médicas, de forma a diferenciar utentes de acordo com o tipo e gravidade dos sintomas/prioridade de atendimento; uma área de observação cirúrgica e ortopédica e uma sala de emergência com 5 unidades disponíveis.

Segundo as orientações da ACSS (2019), a sala de emergência é a área de preferência para observação e tratamento do utente triado como emergente, grave e crítico ou muito urgente, mas com sinais de descompensação. A nível físico, a sala de emergência deste SU encontra-se junto da porta de entrada e dos gabinetes de triagem (ACSS, 2019).

Segundo o recomendado pelo Regulamento nº743/2019, referente à norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro responsável pela sala de emergência deverá possuir categoria de enfermeiro especialista em EMC.

O SU também abriga uma farmácia e dois armazéns de aprovisionamento para material diverso, e respetivas áreas de lazer para a equipa de profissionais do serviço. A área de realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC), Raio-X e Ecografias, localiza-se no mesmo piso e são partilhados pelos restantes setores do serviço de urgência, assim como prestam apoio aos restantes utentes internados.

Quanto à equipa de enfermagem, esta é constituída por 95 enfermeiros, dos quais sete especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, sete enfermeiros com mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC e 11 especialistas nas restantes áreas de especialização em enfermagem. Quanto ao plano de trabalho, este é composto por 15 enfermeiros para o turno da manhã e tarde e 13 enfermeiros no turno da noite, sendo que está também incluído o enfermeiro coordenador/responsável de turno (enfermeiro especialista).

Assim, considerando o exposto, para a realização deste estágio foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender o papel do Enfermeiro Especialista na organização e gestão do serviço ao nível de recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem, reconhecendo a importância do trabalho em equipa e integrar a dinâmica funcional do local de estágio;

- Conhecer a dinâmica de trabalho da equipa de enfermagem em ambiente de Sala de Emergência com o doente crítico e experienciar o máximo de ativações possíveis ao longo do estágio;

- Conhecer a metodologia utilizada no Serviço de Urgência na ativação da Via Verde de AVC.

- Desenvolver um Poster acerca da ativação da Via Verde Sépsis.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento nº 122/2011, publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro,

> "Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos processos de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (Ministério da Saúde, 2011, p. 8648).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros atribui título de enfermeiro especialista em seis especialidades distintas, nomeadamente, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Comunitária (OE, 2019).

Competências comuns, segundo a OE (2019, p.4745) são

> "as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria".

Assim sendo,

> "a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção" (OE, 2019, p. 4745).

As competências comuns compreendem os seguintes domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No que diz respeito a este domínio, é pretendido que o Enfermeiro Especialista "desenvolva uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (OE, 2019, p. 4745; Decreto-Lei n.º 156/2015).

O Código Deontológico tem a função de estabelecer um conjunto de princípios éticos, normas e deveres que orientam a conduta do enfermeiro no exercício da sua profissão, atuando como uma referência para garantir que os cuidados prestados sejam realizados com integridade, respeito e responsabilidade, tanto para com os utentes como para a sociedade (Decreto de Lei nº156/2015).

Segundo o Artigo 97º do Código Deontológico (Decreto de Lei nº156/2015), o enfermeiro deve praticar a profissão utilizando os conhecimentos científicos e técnicos adequados, respeitando a vida, a dignidade humana a saúde e bem-estar da população, implementando todas as ações necessárias para aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Quando se fala de ética, fala-se do conjunto de princípios e valores que guiam o comportamento e as decisões do enfermeiro, assegurando que as suas ações estão de acordo com o respeito pela dignidade humana, os direitos dos utentes e os deveres profissionais (OE,2015a).

Os valores universais a ter em conta numa relação profissional são: a igualdade; a liberdade responsável com a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional (Decreto de Lei nº156/2015).

A pessoa em situação crítica, apresenta uma condição complexa, em que muitas vezes não é possível ter capacidade de decisão, sendo essa responsabilidade da equipa multidisciplinar, nomeadamente, em situações de emergência com perigo de vida e em situações urgentes onde há risco de vida se as intervenções forem adiadas.

Ao longo dos momentos de estágio, esta realidade foi diária, seja por utentes em situação de paragem cardio-respiratória, de coma induzido, de se encontrarem sonolentos ou confusos, em que a sua capacidade de tomada de decisão se encontrava comprometida, tendo sido necessário a equipa tomar decisões, de forma a assegurar a prestação dos melhores cuidados, com foco nos princípios éticos, como a beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de promover o bem e o bem-estar do utente, em que o enfermeiro deve sempre atuar de forma a maximizar os benefícios para o utente, promovendo a saúde, aliviando o sofrimento e prevenindo complicações (OE, 2015a).

O princípio da não maleficência estabelece a obrigação ética de não causar dano ao utente, complementando o da beneficência, focando-se na prevenção de qualquer ação que possa prejudicar a saúde ou o bem-estar do utente, mesmo em situações em que uma intervenção é necessária, o enfermeiro deve tomar medidas para reduzir ao máximo os riscos potenciais associados ao tratamento (OE, 2015a).

O princípio da autonomia refere-se ao direito dos utentes de tomarem decisões informadas e livres sobre a sua própria saúde e tratamento, respeitando a sua liberdade individual e capacidade de escolha. Assim, o enfermeiro deve respeitar a capacidade do utente para a tomada de decisão, segundo as suas crenças e valores, assim como, deve garantir que o utente possui todas as informações relativas ao seu estado clínico, quais as opções de tratamento, quais os riscos e benefícios, para que este possa decidir de forma consciente (OE, 2015a).

O princípio da justiça refere-se à obrigação de tratar todos os utentes de forma justa, equitativa e imparcial, garantindo que cada utente tenha de forma igual acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição social e económica, cultura, religião, raça, entre outros fatores (OE, 2015a).

Todos os utentes devem ser tratados com respeito e dignidade, e os seus direitos devem ser garantidos de maneira justa, sem privilégios ou discriminação, assegurando que os cuidados de saúde sejam prestados de forma ética, promovendo a equidade e igualdade de oportunidades no tratamento e no acesso a cuidados de saúde (OE, 2015a).

Nas situações em que o utente não tem preservada a capacidade para a tomada de decisão, a equipa multidisciplinar deve respeitar os seus desejos previamente expressos, como por exemplo, o Testamento Vital, ou na ausência deste, a família ou representante legal, devem ser envolvidos nas decisões finais.

Segundo a OE (2015a) a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados fundamenta-se em princípios e valores, realçando a dignidade humana como um pilar essencial, devendo ser respeitada em todas as intervenções, servindo como base para os demais princípios.

Considerando um SU complexo, tendo em conta que os cuidados prestados pelos enfermeiros são de alta complexidade constantemente, pode-se refletir que os enfermeiros enfrentam diariamente desafios como, a escassez de recursos humanos e materiais, sobrelotação de utentes, muitas vezes em situação pouco urgente ou não urgente, situações imprevisíveis a qualquer momento, espaço físico pequeno para a prestação de cuidados com qualidade, ruído e agitação constante, fazendo que fique comprometido o

atendimento e tratamento de pessoas em situação crítica, podendo gerar nos enfermeiros dilemas éticos.

A falta de privacidade ocorre muitas vezes, devido ao espaço se tornar exíguo para o exuberante número de utentes nas salas de observação, o que faz com que muitos utentes tenham de permanecer deitados em maca num corredor, onde mesmo com auxílio de biombos, não se consegue promover a total privacidade dos utentes, comprometendo assim a sua dignidade.

Por outro lado, na UCI, devido ao facto dos utentes necessitarem de diversos dispositivos médicos, muitas vezes encontram-se apenas protegidos com um lençol, não sendo possível vestir a bata da instituição, mas todos possuem cortinas e biombos na sua unidade, facilitando e promovendo a sua privacidade e dignidade aquando da prestação de cuidados de enfermagem.

Em ambos os momentos de estágio, foi possível refletir sobre os dilemas éticos que ocorrem em ambos os serviços aquando da prestação dos cuidados, muitas vezes complexos e imprevisíveis, tendo sido notório que ambas as equipas, demonstram esforço diário para garantirem os princípios éticos.

Em situações complexas, os princípios éticos atuam como guias nas tomadas de decisão, promovendo responsabilidade e respeito pelos direitos humanos, sendo fundamental considerar a individualidade, defender a liberdade e garantir a dignidade humana (Decreto de Lei nº156/2015).

No que diz respeito ao consentimento informado, o enfermeiro assume o dever de "informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem" e "respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado" (OE, 2015, p.73), assim, segundo a DGS (2013) o consentimento informado, é o processo pelo qual o utente recebe informação clara e compreensível sobre um tratamento ou procedimento, antes de tomar uma decisão, incluindo explicações sobre os riscos, benefícios, alternativas e consequências, permitindo que o utente faça uma escolha consciente e voluntária. O objetivo é respeitar a autonomia do utente e garantir que ele compreenda plenamente o que está sendo proposto.

Em situações em que o utente se encontra inconsciente ou não possui representante legal presente, e existe risco de vida se forem adiadas as intervenções, assume-se o consentimento presumido (DGS, 2013). Neste contexto deve prevalecer o "dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde devendo, no

entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir" (DGS, 2013, p.6).

A prática diária com pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica nos momentos de estágio, permitiu aprender a aplicar os princípios éticos na tomada de decisões, considerando sempre a dignidade e o direito dos utentes, desenvolver a habilidade de informar os utentes adequadamente sobre os procedimentos necessários e obter o seu consentimento de forma clara, aprender a lidar com dilemas éticos e conflitos que podem surgir no local de trabalho, promovendo soluções que tragam benefícios para os utentes e desenvolver uma postura de reflexão crítica sobre a prática profissional, avaliando as intervenções realizadas e o seu impacto no cuidado ao utente. Assim, estas competências são essenciais para garantir uma prática segura e com qualidade, sendo os momentos de estágio fundamentais para a formação de um enfermeiro especialista.

O enfermeiro especialista deve não apenas possuir conhecimentos técnicos avançados, mas também ser capaz de tomar decisões informadas que respeitem a dignidade e os direitos dos utentes. A responsabilidade profissional implica a prestação de cuidados de alta qualidade, enquanto a ética orienta a prática para que esta seja justa e respeitosa. Além disso, o entendimento das implicações legais assegura que as intervenções realizadas estejam em conformidade com as normas e legislações vigentes, promovendo a segurança e a confiança no relacionamento entre o enfermeiro e os utentes. Em suma, o enfermeiro especialista é um agente crucial na promoção de uma assistência que prioriza o bem-estar do utente, dentro de um quadro ético e legal rigoroso (OE, 2015a).

Desta forma, a responsabilidade profissional, ética e legal do enfermeiro especialista, não abrange apenas o domínio técnico-científico avançado, mas também um papel de liderança, educação, inovação e colaboração com a equipa multidisciplinar. O enfermeiro especialista, além de prestar cuidados especializados de alta qualidade, tem o dever ético e legal de promover a segurança do utente, o desenvolvimento contínuo da prática de enfermagem e a melhoria dos cuidados de saúde.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Em relação a este domínio, é esperado que o Enfermeiro Especialista assuma uma função ativa e basilar na procura de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

clínica, desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garanta um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Em 1998 foi criada a Ordem do Enfermeiros, publicado o Código Deontológico e aprovado o Estatuto Disciplinar, pelos quais os enfermeiros devem reger a sua conduta profissional, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2015a).

As estratégias que privilegiam a excelência dos cuidados, promovem a atração e retenção de profissionais, assim como, a sua satisfação profissional, traduzindo-se num ambiente favorável à prática de enfermagem tendo como pré-requisito um ambiente de trabalho seguro.

Assim, ao longo dos dois momentos de estágio procurou-se promover um ambiente favorável à pratica segura de cuidados de enfermagem, através da identificação segura do utente, realizando a identificação positiva do mesmo, com o nome completo e data de nascimento, sendo confirmados esses dados na pulseira de identificação com o número do processo acrescido; através da preparação e administração segura de terapêutica conforme indicação dos seis certos (utente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registo certo da administração); através da comunicação via verbal ou telefónica entre profissionais, garantindo uma comunicação clara e precisa usando a técnica de *Read Back*, (repetição pelo recetor em voz alta da informação recebida, sendo esta confirmada pelo emissor); e através da transição de informação entre profissionais de saúde, com o método *ISBAR* (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*).

O enfermeiro especialista na sua prática diária procura a satisfação do utente, o bem-estar e o autocuidado, a promoção da saúde, a readaptação funcional, a prevenção de complicações, a organização dos cuidados especializados, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, assumindo-se como "uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados e de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português" (Regulamento n.º 361/2015, p.17241).

Tanto o SU como o SMIP, possuem equipas dinamizadoras de enfermeiros especialistas, em diversos temas como, prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, gestão da sala de emergência, gestão da dor, estratégias de comunicação de más noticias, gestão e organização de transporte inter-hospitalar de doente crítico, equipa de auditoria de Triagem de Manchester, entre outros, adequando as formações ao longo do tempo, mediante as necessidades das equipas e realizando protocolos e documentos para uma melhor qualidade na prestação de cuidados à PSC, indo de encontro aos enunciados

descritivos previstos nos padrões de qualidade do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à PSC (OE, 2017a).

De acordo com o Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho, qualidade em saúde é definida como "a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expetativas do cidadão" (Despacho n.º 5613/2015, p. 13551).

O enfermeiro especialista é fundamental para garantir cuidados de saúde eficazes e seguros, dado ao facto de possuir conhecimentos aprofundados sobre padrões de qualidade e melhores práticas, permitindo-lhe identificar áreas que necessitam de aprimoramento.

Além disso, o enfermeiro especialista lidera iniciativas de formação e capacitação da equipa, implementa protocolos baseados em evidência científica atualizada e monitoriza os indicadores de qualidade (OE, 2017a).

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste domínio é esperado que o Enfermeiro Especialista, com o intuito de melhorar a resposta em equipa e articulação, desenvolva habilidades de gestão, promovendo ações de liderança e gestão efetivas face ao contexto em que se encontra inserido, almejando sempre a qualidade assistencial (OE,2019).

Segundo a OE no Parecer nº 01/2017 o enfermeiro responsável de turno deve

> "possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço. Tal permitir-lhe-á ser líder do conhecimento, nas capacidades e nas habilidades centradas no core da disciplina, da cultura organizacional e do serviço/unidade de cuidados, de modo a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras" (p.2).

No primeiro momento de estágio, no SMIP, o enfermeiro responsável pela tutoria, a maior parte das vezes tinha a responsabilidade de responsável de turno, conseguindo-se ter noção da sua função numa UCI. É o enfermeiro responsável de turno que fica encarregue na atribuição dos utentes pela equipa de enfermeiros, generalistas ou especialistas, mediante as competências da equipa e estado geral e/ou gravidade do utente, assim como,

tem a responsabilidade de verificação de todos os equipamentos do serviço, nomeadamente a check-list de verificação do carro de emergência.

Para além da gestão da equipa e de materiais, durante o turno da tarde, o enfermeiro responsável de turno na UCI, acompanha a visita médica, recebendo as orientações clínicas para todos os utentes internados, tendo a função de transmitir à restante equipa a informação.

No segundo momento de estágio, foi igualmente possível ter noção do papel de enfermeiro responsável de turno, pois no SU, todos os turnos possuíam um responsável de turno, sempre enfermeiro especialista em EMC, sem área específica para a prestação de cuidados de enfermagem, ficando apenas com a responsabilidade de gestão e organização da equipa, nomeadamente, a gestão de todos os enfermeiros pelas diversas áreas da urgência, principalmente a gestão da equipa na sala de emergência e triagem mediante a afluência de utentes; gestão dos recursos materiais, como a verificação de materiais consumíveis e terapêutica; verificação dos equipamentos do SU, para avaliar se estão aptos e funcionais; gestão dos estupefacientes; gestão com equipa multidisciplinar em reunião de serviço diária, dos internamentos a aguardar vaga nos vários setores do SU; articulação das transferências hospitalares para outras instituições e a equipa de transporte; supervisão da prestação de cuidados ao longo do turno; gestão de stress e conflitos entre a equipa; e gestão e organização das dietas para todos os utentes do SU.

O domínio da gestão de cuidados é uma competência fundamental para o enfermeiro especialista, pois permite a coordenação eficaz das intervenções, a otimização dos resultados em saúde, a capacidade de trabalhar em equipa e a gestão dos recursos de forma eficiente para promover um ambiente de cuidados seguro e centrado no utente.

O enfermeiro especialista também desempenha um papel importante na educação em saúde, capacitando os utentes e suas famílias para que possam tomar decisões informadas sobre o seu tratamento.

Assim sendo, a habilidade de monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados prestados é crucial para a identificação de áreas que necessitam de atenção e intervenção, contribuindo assim para a qualidade global do serviço de saúde.

Desta forma, o enfermeiro especialista não apenas enriquece a prática profissional, mas também se torna um agente transformador dentro do sistema de saúde, promovendo melhores desfechos e uma experiência mais satisfatória para os utentes.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No que toca às competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deverá desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Durante a trajetória profissional, sempre procurei adquirir novos conhecimentos e me manter atualizada, reconhecendo essa necessidade como fundamental para oferecer os melhores cuidados, emergindo a necessidade de investir na formação académica, nomeadamente, no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Fatores como, a transmissão de conhecimentos dos tutores nos momentos de estágio, as passagens de turnos das equipas, assim como a troca de ideias da equipa, a componente teórica adquirida ao longo das aulas nos semestres anteriores, contribuíram para o desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista, apesar que a procura pela evidência científica atualizada ser um processo contínuo ao longo da vida.

A atualização de conhecimentos em enfermagem favorece uma prática profissional mais complexa, especializada e exigente, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem mais ajustados às necessidades dos utentes e sua família e/ou cuidador (Marques, 2021).

A formação académica por meio do Mestrado com Especialização, visando a aquisição de uma base teórica robusta, a realização de estágios em diversos contextos para a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, a participação em seminários, congressos e/ou workshops para obter conhecimentos sobre a evidência científica mais recente, e a supervisão e orientação por profissionais experientes, com a obtenção de feedback valioso para a prática quotidiana, contribuem para o desenvolvimento de competências específicas e habilidades de reflexão. Este processo permite identificar áreas de melhoria e promove a aprendizagem contínua.

Juntamente com a realização dos estágios, e com a ambição de serem adquiridos conhecimentos na evidência mais recente, foi possível a participação no 18º Congresso Português do AVC no dia 1, 2 e 3 de fevereiro de 2024, organizado pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (Anexo I).

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Segundo o Regulamento nº140/2019, presente no Diário da República, 2ª série - Nº26 de 6 de Fevereiro de 2019,

> "competências específicas: são competências de decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas"(p. 4745).

Para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC), o Regulamento nº429/2018 (p. 19359) incorpora as seguintes competências de domínio específico:

- "Cuidar da pessoa, família e/ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença critica e/ou falência orgânica."

- "Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação."

- "Maximizar a prevenção, intervenção 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."

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

Segundo o Regulamento nº429/2018, presente no Diário da República, 2ª série - Nº135 de 16 de julho de 2018 (p. 19362), define-se pessoa em situação crítica "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica".

O mesmo Regulamento (p. 19362) refere também que

> "os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total".

Na pessoa em situação crítica, as prioridades são estabelecidas de forma contínua e requerem atenção contínua, exigindo lembrar as diferenças nos tratamentos com base na evidência científica, respeitando a complexidade dos utentes.

Os momentos de estágio são momentos de observação e aprendizagem em que se preconiza que sejam colocados em prática os conhecimentos obtidos na teoria prévia ao estágio.

Em serviços com utentes em situação critica, os cuidados de enfermagem são associados à agilidade e à facilidade nas técnicas e/ou procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade nos profissionais que se encontram a desempenhar funções, assim como, no utente e sua família. Assim, a tecnologia nestes contextos é uma parte fundamental e essencial da prática competente do enfermeiro especialista (Benner, et al. 2011).

O paradigma do cuidado holístico e individualizado ao utente em situação crítica e sua família requer do enfermeiro especialista uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do saber cuidar.

Segundo o Regulamento nº429/2018, presente no Diário da República, 2ª série - Nº135 de 16 de julho de 2018

> "o avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização" (p. 19360).

Segundo Azevedo et al (2020), os enfermeiros, enquanto profissionais habilitados com reconhecida competência científica, técnica e humana para o exercício da enfermagem, devem basear a sua prática em padrões de qualidade de cuidados, zelando pela segurança dos mesmos, em qualquer nível que insiram a sua prática.

Durante os momentos de estágio, refletiu-se que em todas as ocorrências vivenciadas, foi necessário criar uma relação de empatia e confiança entre a equipa, o utente e sua família, para haver uma eficácia nos cuidados de saúde prestados àquela pessoa num momento de fragilidade na sua vida.

Nos dois momentos de estágio, tanto no SMIP como no SUP, o contacto com utentes em situação crítica e/ou falência orgânica foi diário, podendo constatar a importância da presença do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização

em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) nestes serviços de saúde, tendo estes um papel fundamental na identificação de focos de instabilidade, identificação de diagnósticos de enfermagem e consequentemente as intervenções de enfermagem para os solucionar.

As UCI,

> "destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais em doentes que apresentem falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado" (ACSS, 2024, p.8).

De acordo com a Rede de Referenciação de Medicina Intensiva, os Serviços de Medicina Intensiva devem conter com um Enfermeiro Gestor que possua o perfil e as competências adequadas, alinhado com a missão do serviço e da instituição. O rácio enfermeiro/utente deve ser ajustado de forma flexível, de acordo com os níveis de cuidados exigidos pelos utentes (Paiva, et al., 2017).

O Parecer n.º 15/2018 da OE salienta que os enfermeiros com formação específica e especializada são justificados, nos serviços de medicina intensiva, pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos. Acrescenta ainda que "a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização do conhecimento (Parecer n.º 15/2018, OE, p.2)"

Os utentes que são admitidos no SMIP, podem ter proveniência do SU, do BO, de qualquer serviço de internamento ou de outra Instituição Hospitalar. O serviço de proveniência tem a responsabilidade de contactar previamente a equipa que irá receber o utente para ser possível a gestão e organização necessária prévia à admissão do utente. Habitualmente neste serviço, é o enfermeiro responsável de turno, enfermeiro especialista, que faz a gestão da unidade do utente e da equipa, garantindo que se encontra tudo operacional para receber o utente.

À chegada do utente à sua unidade, a transição de cuidados da equipa de enfermagem é realizada através da metodologia ISBAR, que segundo a DGS (p.4, 2017b) é a "ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados".

Após a transferência do utente para a sua unidade, a equipa realiza a avaliação inicial, averiguando quais os focos de instabilidade naquele momento, identificando os

diagnósticos de enfermagem e quais as intervenções de enfermagem necessárias para a resolução desses mesmos problemas.

As ações realizadas "sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem" (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) 2015, p. 98), são denominadas de intervenções autónomas.

Ao longo dos cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, diversas intervenções são realizadas em colaboração entre enfermeiros e outros profissionais de saúde, como por exemplo, médicos, de acordo com as suas qualificações profissionais, sendo designadas por intervenções interdependentes (REPE, 2015).

A admissão do utente crítico no serviço é sempre um momento complexo, uma vez que são necessárias várias intervenções, nomeadamente, transferir para o leito, monitorizar o utente com monitorização invasiva ou não invasiva, conectar ao ventilador ou entubar se necessário e ajustar os parâmetros ventilatórios mais adequados para a sua situação clínica, inserir cateteres necessários, como CVC, linha arterial, cateter vesical, entre outros; e ajustar terapêutica prescrita pela equipa médica, com rigoroso controlo através das máquinas perfusoras. Após esta abordagem, o enfermeiro especialista deve fazer registo informático de todos os dados recolhidos, assim como, todos os dispositivos médicos que o utente possui.

Durante o primeiro momento de estágio, foi possível fazer a receção de vários utentes no SMIP, podendo constatar o excelente trabalho de equipa entre enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, sendo notório que cada um sabe a sua função naquela ocasião e que todos em conjuntos fazem o melhor em prol da estabilidade e recuperação daquela pessoa.

Segundo o Regulamento nº140/2019, presente no Diário da República, 2ª série - Nº26 de 6 de Fevereiro de 2019, o Enfermeiro Especialista deve gerir a equipa, assim como, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do utente; deve orientar e colaborar na elaboração de protocolos; ser o profissional responsável pela avaliação da qualidade das práticas, integrando em equipas de auditorias; deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual para a segurança e proteção dos utentes; deve gerir o nível do risco das unidades; facilitar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a

qualidade; deve adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto; deve ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

Aquando do momento de estágio no SMIP, foram diversas as patologias em que foi possível observar e prestar cuidados especializados de enfermagem, como por exemplo, cuidados pós-paragem cardio-respiratória, utentes vítimas de politrauma, choque sético com falência multiorgânica, utentes em morte cerebral com possibilidade para doação de órgãos, insuficiência renal e hepática graves, pós-operatórios de cirurgias major, entre outros.

Todos os utentes internados no SMP encontram-se com permanente monitorização, desde frequência cardíaca através de eletrocardiografia, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio através de oxímetro, tensão arterial não invasiva ou invasiva através de cateter arterial, preferencialmente colocado nas artérias radiais, capnografia, temperatura corporal através de termómetro timpânico ou de forma contínua através de termómetro esofágico.

Assim, os utentes encontrando-se com monitorização contínua, pelo que o enfermeiro especialista consegue despistar precocemente alterações hemodinâmicas e focos de instabilidade, conseguindo atuar de forma precoce com o objetivo de prevenir de complicações.

A monitorização da sedação representa um desafio nas Unidades de Cuidados Intensivos, uma vez que os efeitos sedativos dos fármacos variam conforme o utente, para além disso, o uso concomitante de analgésicos e outras substâncias pode influenciar as respostas fisiológicas de maneiras distintas.

O BIS (Índice Bispectral), é a escala usada no SMIP, para monitorizar o nível de sedação e consciência dos utentes internados, avaliando a atividade cerebral através de ondas eletroencefalográficas frontais, gerando um valor que reflete o estado de consciência do utente, podendo ser útil no ajuste de terapêutica sedativa, evitando uma sob ou subdosagem, melhorando a segurança e conforto no utente.

Assim, e de forma resumida, o enfermeiro especialista em EMC, desempenha um papel fundamental no SMIP, sendo responsável por intervenções complexas e específicas que visam garantir o cuidado adequado às pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica.

A avaliação contínua e sistemática do estado clínico dos utentes, o planeamento dos cuidados de acordo com as necessidades individuais mediante a gravidade dos mesmos e a colaboração na tomada de decisão com a equipa multidisciplinar, são atitudes diárias do enfermeiro especialista num serviço de medicina intensiva, assim como, a utilização de

tecnologia avançada e complexa (sistemas de monitorização, gestão de ventilador, monitorização neurológica, etc) e a administração de terapias complexas como a sedação, analgesia e suporte cardiovascular, exigem do enfermeiro especialista formação contínua para que esteja apto a saber lidar diariamente com todas as situações mais complexas.

A realidade num SUP, é diferente de um SMIP, visto que este é uma porta de entrada para o exterior, e a qualquer momento chega um utente instável com necessidade imediata de estabilização, ao contrário do SMIP que habitualmente a equipa que nele trabalha já tem conhecimento prévio da admissão do utente na unidade.

O SU é um serviço dinâmico com imensas particularidades, funcional as 24 horas do dia nos 365 dias do ano. Neste contexto tudo acontece com imensa celeridade, e nada programado, o que enaltece a necessidade de uma resposta assertiva e efetiva com a maior brevidade possível (Grupo Trabalho Serviços Urgência, 2019).

No Serviço de Urgência, o utente inicia o seu episódio de urgência com a triagem, através do Protocolo Triagem de Manchester, sendo um sistema de triagem inicial que tem como objetivo promover o atendimento médico, em função de critério clínico, ao invés do administrativo ou da ordem de chegada aos serviços de saúde. Criado em 1994, com o intuito de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência, sendo que quem assume esta função é o enfermeiro, exigindo conhecimentos e experiências, para que se possa identificar precocemente situações urgentes, garantindo assim a prioridade necessária (DGS, 2018).

Os enfermeiros devem possuir competências próprias, tais como “(…) raciocínio rápido, destreza manual e resolutividade dos problemas que se apresentam, tendo em vista o grande número de procedimentos a serem desenvolvidos, o estado de saúde do utente e a limitação do fator tempo” (Silva et al., 2013, p.12).

Silva (2009, p.13) refere ainda que "o processo de triagem requer capacidade de interpretação, discriminação e avaliação.” Sendo, para isso, necessário o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e a intuição.

Silva et al. (2013) referem que a sobrelotação dos SU acontece na maioria das vezes por situações consideradas não urgentes devido à ausência de conhecimento dos utentes em relação à verdadeira finalidade destes serviços, assim como os longos prazos de espera para consulta ou exames, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), são as principais razões

apontadas para a constante procura dos SU, quando estes deveriam ser específicos para tratarem utentes em situação crítica, com risco de falência ou disfunção multiorgânica.

Ao longo do estágio no SUP, foi possível permanecer diversos turnos no posto de triagem, sendo notória a elevada afluência de utentes ao serviço de urgência, muitas vezes com situações não urgentes sem qualquer encaminhamento prévio.

Foi possível também constatar que muitas vezes, ocorreu o contato prévio do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) a informar da chegada de um utente emergente acompanhado com meio diferenciado (VMER ou SIV), o que facilita o trabalho da equipa de enfermagem e médica da sala de emergência, antecipando a organização de recursos humanos e materiais.

A sala de emergência (SE) é local do SU onde são assistidos todos os doentes considerados emergentes ou muito urgentes com critérios de descompensação, provenientes do exterior (com ou sem acompanhamento de equipas de pré-hospitalar), ou provenientes de outra área do SU que tenham iniciado um quadro de descompensação, provenientes do internamento após agravamento do seu estado clínico e provenientes de outras intuições hospitalares.

A abordagem inicial em SE deve ser através da metodologia ABCDE que é composta por cinco etapas onde a avaliação e estabilização inicial do utente são os focos principais, permitindo identificar os problemas que necessitem de intervenção imediata e estabelecer a prioridade nos tratamentos e intervenções a efetuar (INEM, 2012b), tais como:

- **A** (airway) - Via Aérea com Controlo da Coluna Cervical

- **B** (breathing) - Respiração e Oxigenação

- **C** (circulation) - Circulação com Controlo de Hemorragia

- **D** (disability) - Disfunção Neurológica

- **E** (exposure) - Exposição com Controlo da Temperatura

Sempre que é detetada alguma anomalia ao longo da abordagem ABCDE, deve ser imediatamente corrigida para se continuar o processo de avaliação do utente (INEM, 2012b).

Dada a complexidade dos utentes alocados à sala de emergência, a equipa responsável pela mesma, deve ser detentora de formação especializada e específica, de forma a responder com prontidão a todas as situações diárias (DGS, 2018).

Assim, segundo a OE (Parecer nº 14/2018) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém as competências adequadas para dar resposta às necessidades em contexto de prática clínica de sala de emergência.

Conforme descrito no Regulamento nº 743/2019, a percentagem de profissionais nos SUP com competências específicas em EMC atribuídas pela OE, deve ser de pelo menos 50% do total de elementos da equipa, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em permanência nas 24 horas, o que não se verificou no serviço de urgência onde foi realizado o segundo momento de estágio.

No entanto, no serviço de urgência onde decorreu o estágio, o enfermeiro responsável pela sala de emergência, tem de possuir certos critérios específicos, nomeadamente, trabalhar no serviço há pelo menos 5 anos, ter categoria profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e realizar um período de integração durante 1 ano na sala de emergência e após este período receber uma avaliação positiva por parte da chefia de capacitação para assumir o posto de sala de emergência, indo de encontro ao preconizado na Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Durante o estágio no SU foram diversas as situações que surgiram na SE, tais como, abordagem à pessoa em paragem cardio-respiratória, abordagem à pessoa vitima de politraumatismo, abordagem de via aérea difícil, abordagem ao utente submetido a cardioversão elétrica, realização de endoscopia digestiva alta em utentes com instabilidade hemodinâmica, abordagem ao utente em contexto de via verde trauma, AVC e coronária, abordagem à pessoa vitima de intoxicação medicamentosas voluntária, abordagem ao utente em Edema Agudo do Pulmão, entre outros, podendo refletir que o enfermeiro especialista responsável pela SE, é detentor de uma panóplia de conhecimentos e competências para puder dar resposta a todas a situações que possam surgir.

De acordo com o artigo 13º do Despacho n.º 10319/2014, relativo aos sistemas de resposta rápida (vias verdes), a implementação das vias verdes deve ser continuada e intensificada, considerando-se que o processo de encaminhamento através da via verde deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, devendo o sistema hospitalar e pré-hospitalar garantir a correta articulação, continuidade e integração de cuidados.

O SUP, onde se realizou o segundo estágio, tem implementadas as seguintes vias verdes: Via Verde Trauma (Norma n.º 07/2010); Via Verde Acidente Vascular Cerebral (Norma n.º 015/2017) e Via Verde Coronária (Norma n.º 002/2018).

A Via Verde Sépsis (Norma n.º 010/2016), segundo a equipa de enfermagem do SU, não estará a ser ativada, após a Pandemia COVID- 19, dado nessa altura a grande maioria dos utentes que recorriam ao SU possuíam critérios de ativação desta via verde. Desta forma, ao longo do estágio, foi elaborado um Póster acerca dos critérios de ativação da Via Verde Sépsis, para facilitar e relembrar os enfermeiros triadores da necessidade e importância da sua ativação (APÊNDICE I).

Ao longo do estágio no SUP, foram diversas as ativações das vias verdes em todos os turnos, sendo que o enfermeiro especialista, tem um papel fundamental na organização da equipa perante estes utentes. O tempo é o fator principal no tratamento, de forma a diminuir a probabilidade de sequelas ou mesmo a morte.

A Unidade Local de Saúde onde se insere este SUP possui todas as especialidades que possam dar resposta às vias verdes, nomeadamente Cardiologia e Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular, sendo transferidos os utentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com necessidade de cateterismo cardíaco urgente (Via Verde Coronária); Neurologia e Unidade de Neurorradiologia de Intervenção Cerebrovascular, disponibilizada para os utentes com AVC com necessidade de trombectomia (Via Verde AVC); Ortopedia e Cirurgia Geral desde que exista necessidade de intervenção cirúrgica e/ou internamento (Via Verde Trauma); e Medicina Interna ou Medicina Intensiva nos casos de utentes com ativação da Via Verde Sépsis.

Assim, os enfermeiros

> "decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes(…)", "utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade" e "procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais" (REPE, 2015, p.2961).

Durante os dois momentos de estágio, foi possível cuidar da pessoa e sua família que vivenciaram processos complexos de doença. Assim, foi necessário fazer uma avaliação inicial do utente, utilizando a metodologia ABCDE, identificar os focos de instabilidade conseguindo responder de forma antecipatória aos mesmos, executar técnicas de alta complexidade de forma a salvar a vida do utente em causa, promover apoio às famílias da pessoa em situação crítica, gerir medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo

da dor, estabelecer uma relação de empatia com o utente, sempre que possível, e com a sua família, assim como, gerir o processo de morte e luto com as famílias dos utentes em situação de falência orgânica e morte.

Para além do cuidar do utente em situação crítica e/ou falência orgânica, o enfermeiro especialista deve ser detentor da competência de cuidar da família que muitas vezes fica em segundo plano e deve ser parte integral do processo de tratamento e/ou fim de vida do utente.

Para as famílias, um SMIP e um SUP, são locais de dor e de grande sofrimento, sendo o enfermeiro especialista o profissional que deve tentar aliviar o sofrimento das mesmas, promovendo disponibilidade, uma escuta ativa, proporcionando espaço e tempo para as pessoas assimilarem as suas emoções e uma comunicação eficaz para ser possível entenderem a mensagem que é necessária ser transmitida.

Através das medidas implementadas considera-se que ao longo dos momentos de estágio foi possível estabelecer uma relação de empatia com a família e/ou cuidadores, proporcionando um atendimento que fosse de encontro às suas necessidades em qualquer momento.

O Enfermeiro Especialista deve apoiar-se na evidência científica disponível e responder de forma adequada às exigências da prática diária, como perito na sua área de intervenção. Desta forma, os momentos de estágio foram importantes para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem específicos à pessoa em situação critica, enquanto futura enfermeira especialista.

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

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil - Decreto Lei nº27/2006, uma catástrofe "é um acidente grave ou a série de acidentes graves, de origem natural ou tecnológica, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em área ou na totalidade do território nacional".

Segundo o INEM (2012a) catástrofe refere-se a situações de emergência que causam um elevado número de vítimas e que exigem uma resposta de emergência coordenada e eficiente. Estas situações podem incluir desastres naturais, acidentes industriais ou outras

ocorrências que comprometam a segurança e a saúde pública, necessitando de cuidados médicos imediatos e sistemáticos para atender às vítimas em massa.

Uma situação de exceção é uma situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos humanos e profissionais disponíveis (INEM, 2012a).

Desta forma, a capacitação e o treino dos profissionais de saúde em situações com múltiplas vítimas são fundamentais para que os serviços de saúde e seus profissionais estejam preparados para fornecer cuidados e assistência de forma mais eficiente, com o objetivo de reduzir o impacto do incidente e assegurar a utilização adequada dos recursos disponíveis.

Os profissionais mais familiarizados com os protocolos a seguir em cenários de catástrofe, planos de emergência e liderança de equipas demonstram maior confiança na sua habilidade de resposta em situações com múltiplas vítimas (Goniewicz, et al., 2021). A formação através de simulação tem-se tornado uma opção cada vez mais relevante e viável para o desenvolvimento de competências, possibilitando a reprodução de situações reais de maneira segura e controlada, sendo um local onde também possam ser verificadas lacunas e aspetos a melhorar (Castoldi et al., 2020; Moran et al., 2021).

Nesse contexto, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial, não apenas na identificação de problemas existentes nos serviços, visando a aquisição de conhecimentos com base nas evidências científicas mais recentes, mas também na disseminação desse conhecimento entre a equipa de enfermagem, reforçando a importância de promover uma cultura de prevenção, planeamento, segurança e gestão de risco.

Dessa forma, o enfermeiro especialista deve manter uma abordagem sistemática e pronta, com o objetivo de garantir a continuidade e a eficiência dos cuidados de enfermagem, certificando a segurança tanto das vítimas como dos profissionais que prestam assistência (OE, 2018b).

Durante os momentos de estágio, não ocorreram situações de catástrofe ou exceção, no entanto ambos os serviços possuem um plano de emergência de origem externa com o objetivo de serem garantidos os recursos materiais e humanos, havendo assim a capacidade de dar resposta numa situação de catástrofe ou exceção.

O plano é constituído por três fases, designadamente, fase de alerta, fase de alarme e fase de execução, sendo este plano gerido pelo gabinete de crise (o chefe de equipa do serviço de urgência é o coordenador do plano e o enfermeiro gestor é o responsável pelos recursos humanos e materiais).

Nas duas Unidades Locais de Saúde onde decorreram os estágios a formação dos profissionais de saúde face a esta temática acontece através de simulacros internos e externos, com colaboração de entidades externas.

Embora não tenha havido situações de catástrofe ou emergência durante o estágio, a aquisição de conhecimentos que promovam o desenvolvimento dessa competência é essencial. Isso porque, no futuro, caso ocorram tais situações, os enfermeiros especialistas em EMC, com especialização em enfermagem à PSC, desempenham um papel crucial na organização das instituições, especialmente quando são mobilizados para assistir a um grande número de vítimas.

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

O cuidar do doente em situação crítica exige, cada vez mais, o uso de diversa tecnologia e de técnicas e/ou procedimentos invasivos, que por um lado proporcionam o suporte vital do utente, por outro aumentam o risco de infeção e consequentemente de resistência aos antimicrobianos. As medidas de prevenção e controlo de infeção assentam nas precauções básicas, no isolamento e no uso racional de antimicrobianos (DGS, 2017c).

As Infeções Associadas ao Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema mundial de saúde, pois agravam o prognóstico de base do utente, prolongam os internamentos, aumentam a mortalidade e consequentemente os custos inerentes aos cuidados de saúde (DGS, 2017c).

A presença de dispositivos invasivos, de procedimentos cirúrgicos e infeções por microrganismos multirresistentes, são os principais riscos para desenvolver uma IACS, pelo que, as medidas primordiais de prevenção e controlo assentam no cumprimento das boas práticas (DGS, 2017c).

As precauções básicas de controlo de infeção, são um conjunto de medidas que devem ser utilizadas por todos os profissionais de saúde, independentemente do local onde se encontram a exercer funções, com o intuito de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada, assim como, garantir a segurança dos utentes e dos profissionais de saúde, independentemente de se conhecer o seu estado infecioso (DGS, 2017c).

Segundo a Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/2023 (DGS), são dez as Precauções Básicas do Controlo de Infeção:

- higiene das mãos;

- alocação dos utentes;

- etiqueta respiratória;

- utilização de equipamento de proteção individual;

- descontaminação do equipamento clínico;

- controlo ambiental;

- manuseamento seguro da roupa;

- recolha segura de resíduos;

- práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;

- exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Segundo a DGS (2017c) as Precauções Básicas do Controlo de Infeção e os Feixes de Intervenção, são essenciais para a prevenção e controlo da infeção.

Os Feixes de Intervenção, são um conjunto de estratégias e intervenções que têm como objetivo "assegurar que os utentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência e de uma forma consistente" (DGS, 2015a, p.8).

Assim sendo, desde 2015 que a DGS implementou em Portugal quadro Feixes de Intervenção, designadamente, Prevenção da Pneumonia Associada à Entubação (Norma 021/2015 atualizada a 17/11/2022), Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico (Norma 020/2015 atualizada a 17/11/2022), Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Urinário (Norma 019/2015 atualizada a 29/08/2022) e Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (Norma 022/2015 atualizada a 29/08/2022).

No que diz respeito à Prevenção da Pneumonia Associada à Entubação, a DGS (2015b) estabeleceu a necessidade das seguintes intervenções que devem ser realizadas de forma sistemática e uniforme:

- Utilizar sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário para o tratamento;

- Realizar diariamente provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação, preferencialmente em modo de pressão assistida e avaliar a possibilidade de extubação, com ou sem a utilização de ventilação não invasiva (VNI);

- Manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30º, evitando momentos de posição supina;

- Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes por dia;

- Manter a pressão do cuff endotraqueal entre 20 e 30 cm H2O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, monitorizando-a sempre que clinicamente indicado ou no mínimo 3 vezes por dia.

Visto que os dois momentos de estágio foram inseridos em dois serviços distintos, foi possível observar diariamente a importância do papel do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica em realidades diferentes com tipologias de utentes diferentes e tipologias organizacionais diferentes.

O contexto de pessoa em situação crítica em SE é diferente em contexto de SMIP, visto que o utente em SE deve permanecer o mínimo de tempo possível na sala, sendo que após a sua avaliação e estabilização deve ser transferido para o serviço mais adequado à sua patologia e condição física. Desta forma, as intervenções neste feixe de intervenção da DGS, inseridas em SE foram a avaliação da pressão do cuff e a cabeceira elevada a 30º.

No SMIP a realidade é diferente, tendo sido possível desenvolver competências aprofundadas neste tema, visto que a equipa cumpre com clareza as indicações da DGS, para diminuir o risco de infeção por Pneumonia Associada à Entubação, nomeadamente, a diminuição progressiva da assistência ventilatória ou até mesmo a remoção do suporte de ventilação/extubação nos utentes que era possível, associado a uma sedação ligeira ou ausência de sedação; elevação da cabeceira no mínimo a 30º sempre que indicado, diminuindo os episódios de microaspirações; a realização, em todos os turnos e sempre que necessário, dos cuidados de higiene oral com Clorexidina (CHD) e avaliação da pressão do cuff do tubo endotraqueal.

No que diz respeito à Prevenção de Infeção Associada ao Local Cirúrgico, a DGS (2015d) organiza as intervenções em três fases, nomeadamente, fase pré-operatória, fase intra-operatória e fase pós-operatória. Neste relatório serão abordadas as fases pré e pós-operatória, visto terem sido as duas fases trabalhadas ao longo dos momentos de estágio:

Fase Pré-Operatória:

- Realizar rastreio de Staphylococcus aureus meticilina resistente (SAMR);

- Na presença de rastreio positivo de SAMR, realizar descolonização nas cirurgias de elevado risco para infeção causadas por Staphylococcus aureus;

- Realizar banho com Clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contraindicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência);

- Não realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único;

- Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada (60 minutos antes da incisão cutânea).

Fase Pós-Operatória:

- Garantir homeostasia pós-operatória do utente;

- Cumprir técnica assética na realização do penso.

Nos dois locais de estágio, este feixe de intervenção está inserido nos serviços, apesar de que foi possível concluir, que no SU na grande maioria dos utentes que são transferidos para o BO, muitas vezes provenientes da SE, a única intervenção que foi observada no dia-a-dia foi a profilaxia antibiótica, visto que são muitas vezes são situações urgentes com necessidade de cirurgia emergente não ocorrendo possibilidade para realizar o rastreio de SAMR e a prestação de cuidados de higiene com CHD 2 a 4% conforme indicado. No SMIP, visto o utente já estar internado e já possuir, muitas vezes, o resultado do rastreio de SAMR, os cuidados de higiene são possíveis de realizar, cumprindo assim as indicações da DGS.

A fase pós-operatória foi a mais observada e colocada em prática no momento de estágio no SMIP, visto que a grande maioria de utentes internados foram em situação pós-cirúrgico, e foi notório que todos os enfermeiros do serviço têm bem presente a necessidade destas intervenções para diminuírem o risco de infeção associada ao local cirúrgico.

Manter a normotermia, a normoglicemia (< 180mg/dl nas 24h seguintes à cirurgia) e a saturação periférica de oxigénio superior a 95% são intervenções que garantem a homeostasia pós-operatória do utente, assim como, os cuidados necessários para cumprir a técnica assética na realização do tratamento à ferida cirúrgica (DGS, 2015d).

Segundo Mota & Oliveira (2019), a infeção do trato urinário representa cerca de 40% do total de IACS diagnosticadas em que 80% estão interligadas ao uso de cateter vesical.

Assim sendo, a DGS (2015a) implementou de forma integrada as seguintes intervenções com o objetivo de prevenir a infeção associada a cateter vesical:

- Evitar o cateter vesical e registar no processo clínico, a indicação para a utilização do mesmo;

- Cumprir a técnica assética no procedimento de inserção do cateter e de conexão ao sistema de drenagem;

- Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo o circuito fechado;

- Realizar a higiene diária do meato urinário;

- Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão) e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade;

- Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter.

O enfermeiro é o profissional de saúde responsável pela inserção, manutenção e remoção do cateter vesical no SUP e no SMIP, sendo fundamental estar consciente dos procedimentos necessários para prevenir a infeção associada ao mesmo. Assim, durante os momentos de estágio conseguiu-se constatar que a grande maioria dos enfermeiros cumpre com a norma da DGS e que é fundamental, os enfermeiros especialistas, relembrarem as equipas com formação e/ou pósteres das intervenções necessárias para diminuir a incidência de Infeções do Trato Urinários, visto sermos os responsáveis por todo o processo inerente ao utente algaliado.

Em relação à Prevenção de Infeção Associada ao Cateter Venoso Central (CVC), a DGS (2015c) agrupou as seguintes intervenções para diminuir a sua ocorrência no momento de inserção do CVC e ao longo da sua manutenção:

<u>Momento de Inserção do CVC</u>:

- Garantir treino e competência na avaliação e colocação de CVC;

- Realizar higiene das mãos;

- Usar barreira de proteção máxima;

- Realizar antissepsia da pele com CHD a 2% em álcool;

- Evitar acesso femoral.

Manutenção do CVC:

- Avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC;

- Realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC;

- Descontaminar os pontos de acesso com antissético;

- Usar técnica assética na realização do penso;

- Desenvolver treino e competência na manutenção do CVC.

O CVC é um dispositivo utilizado para administração de fármacos, fluidoterapia, hemoderivados, nutrição parentérica, monitorização hemodinâmica, terapia de substituição renal, entre outros. Pode permanecer por vários dias, diminuindo o trauma associado a repetidas punções periféricas.

É um cateter que está presente na grande maioria dos utentes em situação crítica e/ou falência orgânica, tendo sido possível aprofundar competências na sua inserção e manutenção. Na SE, foi mais experienciado o momento de inserção, chegando à conclusão que mesmo em contexto não controlado como é a SE, é possível cumprir com a norma direcionada pela DGS, desde a utilização dos Epi's necessários à correta higiene das mãos e desinfeção do local de inserção. Enquanto no SMIP, foi experienciado os vários momentos de manutenção do CVC, desde a descontaminação dos pontos de acesso à realização do penso conforme indicado na norma.

Segundo um estudo realizado por Gonçalves & Carmo (2022), as IACS, aumentam: os custos financeiros associados ao internamento hospitalar, tempo de internamento hospitalar e possibilidade de reinternamento; os custos com utilização de antimicrobianos; a taxa de mortalidade; os custos com exames complementares de diagnóstico; e a probabilidade de desenvolvimento de outras complicações.

Assim, o enfermeiro especialista ao aprofundar os seus conhecimentos sobre a evidência científica disponível e demonstrar competência no diagnóstico dos utentes, demonstra competências técnico-científicas que asseguram a execução dos feixes de intervenção, conforme indicação da DGS, diminuindo incidência de IACS, melhorando, consequentemente, os cuidados prestados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

4. Considerações Finais

A formação do enfermeiro especialista em EMC é um processo fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes, sendo que a aquisição de competências específicas nesta área não se limita apenas ao domínio de técnicas e procedimentos clínicos, mas abrange também o desenvolvimento de habilidades de comunicação, pensamento crítico e trabalho em equipa.

Reconhece-se que esta especialidade exige que o enfermeiro especialista mobilize um conjunto diversificado de conhecimentos, demonstrando habilidades na tomada de decisão em situações críticas. Além disso, é fundamental que possua um elevado grau de autoconhecimento, o que lhe permitirá gerir suas emoções e lidar com os conflitos que surgem na prática clínica.

Durante os momentos de estágio, foi possível observar que a prática clínica proporciona uma experiência inestimável completada com a formação teórica e que a interação constante com a equipa multidisciplinar e o acompanhamento dos utentes em diferentes fases do seu tratamento são essenciais para a consolidação das competências adquiridas.

Durante este período, foram enfrentadas diversas dificuldades, especialmente relacionadas à integração nos diferentes contextos de estágio e à conciliação entre a vida profissional e pessoal. No entanto, graças à resiliência e motivação na conquista de novos conhecimentos, conseguiu-se superar os desafios.

Em suma, a aquisição de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à PSC, é um processo contínuo e dinâmico, que exige dedicação, formação contínua e uma abordagem centrada no utente. O desenvolvimento dessas competências não só eleva a prática profissional, mas também contribui significativamente para a melhoria dos resultados em saúde e para a satisfação dos utentes.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: O AVC é considerado a principal causa de incapacidade no mundo e a segunda principal causa de morte sendo que o risco vitalício de desenvolver um AVC aumentou em 50% nos últimos 17 anos. O enfermeiro especialista tem um papel fulcral no atendimento ao utente vítima de AVC, desde o momento de inicio de sintomatologia, com a ativação das equipas de emergência pré-hospitalar, assim como, ao longo de todo o processo no serviço de urgência desde a triagem ao acompanhamento em sala de emergência e posterior encaminhamento para os serviços especializados para realizar o tratamento endovascular e/ou internamento em Unidades de AVC.

Objetivo: Explorar e descrever quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC.

Metodologia: Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com recurso a *Focus Group*, como técnica de recolha de dados, sendo utilizada a estratégia do "funil", partindo da questão orientadora: "Quais as Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista na Via Verde do AVC?".

Resultados: A importância do enfermeiro especialista em EMC no Serviço de Urgência foi amplamente discutida durante o *Focus Group*, onde os enfermeiros compartilharam as suas perceções e experiências. Desta forma, a autonomia do enfermeiro especialista é um elemento-chave para a melhoria dos cuidados em saúde. A capacidade de avaliar, intervir, documentar e comunicar de forma independente não só otimiza a resposta em situações críticas, mas também promove uma abordagem centrada no utente e na família e/ou cuidador. O fortalecimento dessa autonomia é essencial para que a enfermagem continue a avançar como uma profissão que não só salva vidas, mas também proporciona cuidados personalizados e de qualidade, refletindo uma prática baseada em evidências e uma compreensão holística do ser humano.

Conclusão: A análise dos dados obtidos revela uma forte consciência e valorização das intervenções autónomas dos enfermeiros especialistas em EMC na Via Verde do AVC. Os participantes destacam a importância de uma avaliação inicial precisa e a capacidade de realizar intervenções críticas, como a administração de medicamentos e a monitorização de sinais vitais, sem depender exclusivamente de ordens médicas. Essa autonomia poderá

melhorar a qualidade dos cuidados prestados, mas também contribuir para a prevenção de complicações graves e a promoção de resultados mais favoráveis para os utentes.

Palavras Chave: AVC; Via Verde do AVC; Intervenções do Enfermeiro Especialista; Serviço de Urgência.

2. Abstract

Context: Stroke is considered the leading cause of disability worldwide and the second leading cause of death, with the lifetime risk of having a stroke increasing by 50% over the last 17 years. The specialist nurse plays a crucial role in the care of stroke patients, from the onset of symptoms, with the activation of pre-hospital emergency teams, as well as throughout the entire process in the emergency department, from triage to monitoring in the emergency room and subsequent referral to specialized services for endovascular treatment and/or admission to Stroke Units.

Objective: To explore and describe the autonomous interventions of the specialist nurse in the Stroke Pathway.

Methodology: Qualitative, exploratory, and descriptive study using Focus Group as a data collection technique. The "funnel" strategy was used, starting with the guiding question: "What are the autonomous interventions of the specialist nurse in the Stroke Pathway?"

Results: The importance of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing within the Emergency Department was extensively discussed during the Focus Group, where nurses shared their perceptions and experiences. Thus, the autonomy of the specialist nurse is a key element in improving healthcare. The ability to assess, intervene, document, and communicate independently not only optimizes the response in critical situations but also promotes a patient- and family/caregiver-centered approach. Strengthening this autonomy is essential for nursing to continue advancing as a profession that not only saves lives but also provides personalized and high-quality care, reflecting evidence-based practice and a holistic understanding of the human being.

Conclusion: The analysis of the data obtained reveals a strong awareness and appreciation of the autonomous interventions of specialist nurses in Medical-Surgical Nursing in the Stroke Pathway. Participants emphasized the importance of accurate initial assessment and the ability to perform critical interventions, such as administering medication and monitoring vital signs, without relying solely on medical orders. This autonomy not only improves the quality of care provided but also contributes to the prevention of severe complications and the promotion of more favorable outcomes for patients.

Keywords: Stroke; Stroke Pathway; Specialist Nurse Interventions; Emergency Department.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o AVC é caracterizado pelo aparecimento repentino de sintomas ou sinais clínicos que indicam um distúrbio focal da função cerebral, com duração superior a 24 horas, ou que resultam em morte, sem uma causa aparente além de fatores vasculares (WHO, 2022).

O AVC é considerado a principal causa de incapacidade no mundo e a segunda principal causa de morte sendo que o risco vitalício de desenvolver um AVC aumentou em 50% nos últimos 17 anos, e agora estima-se que 1 em cada 4 pessoas desenvolverá um AVC ao longo da vida (WSO, 2022).

Conforme dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2024), no ano de 2022, as doenças cerebrovasculares estiveram na origem do maior número de mortes em Portugal, representando 7,7% de total de óbitos, sendo que a taxa de mortalidade foi de 92,1 mortes de residentes por 100 mil habitantes.

Em relação à Europa, o Plano de Ação relativo ao AVC (2018-2030), estabelece a redução do número de AVC para 10%, assim como, refere que deverão existir unidades específicas com equipas multidisciplinares devidamente capacitadas e orientadas para cuidar de utentes vítimas de AVC (SAFE, 2018).

O AVC pode ser de origem isquémica, ou seja, quando ocorre oclusão de um vaso sanguíneo, ou de origem hemorrágica, quando há rotura de um vaso sanguíneo, sendo que ambos causam alterações neurológicas semelhantes, mas com mecanismos de lesão diferenciados (Lima et al., 2016).

Cerca de 80% dos AVC são isquémicos, sendo caracterizados pela redução do fluxo sanguíneo o que resulta numa falta de oxigénio e nutrientes para uma área específica do cérebro, podendo ocorrer devido a trombose ou embolia, e os restantes 20%, são de origem hemorrágica, ocorrendo uma rotura de uma artéria com posterior derrame de sangue para o espaço intracerebral (Figueiredo, et al., 2020).

Os fatores de risco para a prevalência de AVC são denominados como modificáveis, englobando, uma dieta inadequada, tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, fibrilhação auricular e hipercolestrolémia, e não modificáveis, como a idade, o sexo, a raça ou etnia e a história familiar (SAFE, 2018).

Sempre que ocorre um AVC, os sintomas e sinais variam dependendo, por exemplo, da localização e extensão da lesão e dos fatores de risco do utente, podendo manifestar-se de forma isolada ou simultânea, como, perda ou diminuição da força muscular, dificuldade na fala (disartria/disfonia/afasia), cefaleia severa, alteração da sensibilidade de um hemicorpo, instabilidade, desiquilíbrio e incapacidade para caminhar e alterações na visão (SAFE, 2018).

De forma a melhorar o acesso da população, em fase aguda, a cuidados médicos mais adequados e especializados, promovendo um diagnóstico e tratamento mais célere e eficaz, diminuindo o tempo entre o início dos sintomas, o diagnóstico e tratamento, reduzindo a mortalidade e possíveis sequelas, foram criadas as Vias Verdes em Portugal (Ministério da Saúde, 2020).

Segundo a DGS (2017a, p.17) Via Verde define-se como

> "uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações".

Em 2017, a Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, criou a Norma da Via Verde do AVC, tendo como principal objetivo, estabelecer um protocolo claro e eficiente para a identificação precoce de sinais e sintomas do AVC, o encaminhamento adequado para unidades hospitalares e a ativação rápida das equipas especializadas, de forma a agilizarem de forma célere o diagnostico e tratamento do AVC (DGS, 2017a).

Segundo dados de 2023, o INEM encaminhou 8.796 utentes com suspeita de AVC para as Unidades Hospitalares, através da ativação da Via Verde do AVC, representando uma média de 24 casos diários, com idade média de 73,9 anos (INEM, 2024).

Esta Via Verde pode ser ativada na fase pré-hospitalar e intra-hospitalar, sendo que as equipas de emergência pré-hospitalar devem coordenar-se com as equipas das unidades hospitalares previamente à chegada do utente, para que estas tenham conhecimento da sua chegada (DGS, 2017a).

Durante o momento de triagem, o enfermeiro tem um papel fundamental, visto que depende dele a ativação da Via Verde do AVC, desde que o utente apresente pelo menos um dos sinais focais clássicos da Escala FAST, nomeadamente, diminuição de força num membro, desvio da comissura labial e/ou dificuldade em falar (DGS, 2017a).

A utilização de escalas para identificar um possível AVC, permite tornar o processo de diagnóstico e tratamento mais rápido, existindo como escala de eleição durante a

observação do utente na sala de emergência, a escala do *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), sendo que a equipa intra-hospitalar responsável pelas ativações desta Via Verde deve possuir experiência na aplicação de escalas neurológicas (DGS, 2017a).

Para uma rápida caraterização do AVC, o utente deve ser submetido a exames complementares de diagnóstico, nomeadamente a Tomografia Axial Computarizada Crânio-Encefálica (TAC CE), AngioTAC cerebral ou Ressonância Magnética Crânio-Encefálica se houver dúvida no diagnóstico (DGS, 2017a).

Havendo caso confirmado de AVC isquémico, o objetivo principal é a reperfusão da penumbra isquémica através da fibrinólise que consiste na administração endovenosa do ativador plasminogénio tecidual (rt-PA), em que a sua eficácia depende do tempo de início de sintomas que não deve ultrapassar as 4,5 horas, pois os riscos da terapêutica ultrapassam os benefícios após este tempo estipulado e/ou através da trombectomia mecânica que baseia-se na remoção de um trombo, sob a orientação de imagem, com o objetivo de restaurar rapidamente o fluxo sanguíneo para a área afetada, minimizando danos ao tecido e melhorando as oportunidades de recuperação o utente, até 24h de inicio dos sintomas (Hurford et al., 2020).

Segundo a DGS (2017a) devido à sua complexidade técnica, a trombectomia deve ser realizada numa unidade de saúde equipada com neurorradiologia de intervenção, assim como, com uma equipa multidisciplinar, que inclua um médico neurorradiologista e um neurologista, um anestesista e enfermeiros, disponíveis para a execução com caráter de emergência.

As recomendações internacionais indicam que o intervalo desde a chegada do utente ao hospital até a avaliação clínica pelo médico especialista não deve ultrapassar 10 minutos, o tempo até a conclusão da TAC não deve exceder 20 minutos, e o tempo total entre a chegada do utente ao hospital e a realização da fibrinólise não deve ser superior a 60 minutos (*American Heart Association* (AHA), 2019).

É essencial que a operacionalidade da equipa multidisciplinar da Via Verde do AVC funcione de maneira eficaz, visando a redução do tempo entre o início dos sintomas ou a sua deteção e a resposta terapêutica adequada. Assim sendo, o objetivo é determinar a presença de lesões hemorrágicas ou isquémicas agudas, otimizar a intervenção terapêutica em tempo útil, de forma a minimizar possíveis sequelas, promovendo ganhos na qualidade de vida do utente.

O enfermeiro especialista tem um papel fulcral no atendimento ao utente vitima de AVC, desde o momento de inicio de sintomatologia, com a ativação das equipas de emergência pré-hospitalar, assim como, ao longo de todo o processo no serviço de urgência desde a triagem ao acompanhamento em sala de emergência e posterior encaminhamento para os serviços especializados para realizar o tratamento endovascular e/ou internamento em Unidades de AVC.

A teoria de Meleis, desenvolvida por Afaf Ibrahim Meleis, é uma abordagem teórica na enfermagem que se concentra nas transições de saúde e no impacto que essas transições têm sobre os indivíduos e as comunidades. A teoria é especialmente relevante em contextos de cuidado, onde as mudanças nas condições de saúde, como doenças, cirurgias ou mudanças de ambiente, podem afetar significativamente a experiência do utente (Meleis, 2010).

Esta teoria, orienta os enfermeiros para estarem atentos à reação da pessoa numa situação de transição saúde-doença, sendo que estes assumem o papel na definição de estratégias com o utente, família e/ou cuidadores, que possibilitem o enfrentar das mudanças para o controle da doença, identificando os fatores envolvidos, sejam eles ambientais, condição socioeconómica, apoio familiar e vontade pessoal, com vista na melhoria e adaptação ao tratamento de uma forma global.

Meleis (2010) afirma que um episódio de doença na família ou indivíduo resulta num conjunto de adaptações e necessidades adicionais, o que, por sua vez, gera mudanças que são consideradas transições. Essa transição, então, requer o desenvolvimento de um processo de adaptação à nova realidade. Este processo pode ser complexo, pois pode envolver várias transições de forma simultânea.

O AVC resulta em défices neurológicos e incapacidades que afetam diversas áreas, incluindo o aspeto físico, emocional, sensorial, cognitivo, visual e social. Além disso, pode provocar alterações na comunicação, deglutição, mobilidade, motricidade, eliminação e sexualidade a longo prazo. Essas questões acarretam implicações significativas nas capacidades do indivíduo, impactando tanto nas atividades básicas quanto nas mais complexas do dia a dia, como vestir-se, alimentar-se, higienizar-se e deambular, entre outras.

Desta forma, o enfermeiro especialista desempenha o papel de agente facilitador nos processos de transição, concentrando as suas ações na identificação das necessidades do utente, família e/ou cuidador.

4. Finalidade e Objetivos

Este trabalho tem como objetivo explorar e descrever quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC, através da metodologia de *Focus Group*.

Com a identificação destas intervenções, espera-se contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas dos enfermeiros especialistas que cuidam diariamente dos utentes vítimas de AVC em fase aguda, assim como, identificar possíveis oportunidades de melhoria de formação dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

5. Metodologia

A metodologia utilizada para este estudo de investigação foi através do *Focus Group*, que segundo Morgan (1997) é uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação de um grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador.

A utilização de *Focus Group* para descrever as intervenções autónomas dos enfermeiros especialistas na Via Verde do AVC, é justificada pela capacidade dessa metodologia de capturar a complexidade e a riqueza das práticas clínicas. A interação entre os participantes, a contextualização das práticas, a identificação de padrões e a validação dos dados, são aspetos que tornam o *Focus Group* uma escolha metodológica valiosa para este tipo de investigação.

5.1. Desenho do Estudo

Segundo a literatura, o *Focus Group* é um processo com cinco fases: planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados (Silva, Veloso & Keating, 2014).

Na fase de planeamento, ocorreu a definição do objetivo de estudo, a escolha dos participantes, o número de grupos e a estrutura do guião da entrevista.

Como descrito anteriormente, o objetivo deste *Focus Group* foi explorar e descrever quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC.

A estratégia utilizada foi a do "funil" (Morgan, 1997), em que à medida que a discussão avançou, as questões norteadoras inicialmente genéricas, passaram a ser cada vez mais especificas, sendo possível aceder, por um lado, às perspetivas dos próprios participantes, bem como, às respostas de interesse especificas da investigadora (Apêndice II).

A escolha dos participantes foi intencional, tendo como critérios de inclusão serem enfermeiros especialistas em EMC, considerados peritos pelos pares, que exercem funções num Serviço de Urgência.

Na fase de preparação, procedeu-se ao recrutamento dos participantes e decidiu-se as condições logísticas de realização dos grupos como, por exemplo, a escolha do local.

Conforme descrito por Morgan (1997), os participantes foram contactados duas semanas antes através de email, sendo posteriormente contactados via telefónica uma semana antes e no dia anterior à realização do *Focus Group*. Além destes contactos, todos os participantes foram informados do objetivo do estudo e quais as regras de participação e o tempo estimado, da necessidade de preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido, assim como, a autorização para a videogravação (APÊNDICE III).

Em relação à escolha do local, foi acessível e confortável para todos, visto ter-se realizado através da plataforma Microsoft Teams, garantindo a confidencialidade dos participantes.

Na fase de moderação, a investigadora iniciou o *Focus Group* com as boas-vindas aos participantes, seguindo-se com a revisão do tema principal que iria ser debatido, assim como, relembrou as regras de participação e deu ao início às questões. Neste contexto, foi fundamental a investigadora não emitir julgamentos perante os participantes, mas sim questionar, rececionar a informação, manter o foco no guião das questões previamente delineadas e certificar-se que cada participante teve a oportunidade de transmitir a sua opinião sobre o tema.

Na fase de análise dos dados, o fundamental para a investigadora foi transcrever todos os dados obtidos através de videogravação o mais fielmente possível, de forma que seja possível obter todos os dados transmitidos pelos participantes ao longo do *Focus Group*.

A última fase, refere-se à divulgação dos resultados, que será realizada através deste Relatório Final de Estágio com componente de investigação, assim como, através da publicação dos resultados em forma de artigo científico.

5.2. Considerações Éticas

Este estudo de investigação demanda a aprovação da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) .

Os participantes foram claramente informados sobre o objetivo do estudo e as regras de participação, incluindo tempo estimado de duração, de modo a evitar abandonos precoces aquando a discussão em grupo, proporcionando o direito à autodeterminação, confidencialidade e anonimato dos participantes.

Todos os participantes neste estudo de investigação, assinaram previamente o consentimento informado livre e esclarecido da ESSNorteCVP, assim como, o consentimento informado para realização de videogravação.

Todos os dados recolhidos ao longo deste estudo de investigação, estarão apenas disponibilizados para a investigadora principal, sendo garantido que será para uso exclusivo deste estudo de investigação, sendo guardados em disco rígido pessoal, durante o período de concretização deste estudo de investigação até 1 ano após a sua conclusão.

Para assegurar a gravação dos conteúdos ao longo das entrevistas, foi utilizado um gravador pessoal.

Não existe qualquer tipo de conflito de interesse na realização deste projeto de investigação por parte da autora, sendo esta responsável por manter a integridade da propriedade inteletual encontrada, citando os devidos autores.

6. Resultados

Relativamente aos participantes do *Focus Group*, foram seis enfermeiros com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cuja formação e experiência proporcionam uma base sólida para a discussão sobre práticas e desafios na área da Via Verde do AVC. A média de idade dos participantes é de 39 anos, refletindo uma faixa etária que combina maturidade e experiência com uma abordagem contemporânea à prática clínica. Em termos de experiência profissional, os participantes acumulam, em média, 16 anos de exercício profissional, com a maioria do tempo dedicado ao serviço de urgência.

Analisando o tempo de experiência no Serviço de Urgência, observamos que a média é de 13,7 anos, evidenciando um forte compromisso com esta área específica da Enfermagem. Este perfil profissional revela não apenas a profundidade do conhecimento adquirido, mas também uma capacidade de adaptação às constantes mudanças e demandas do setor de saúde, especialmente em contextos de urgência. A diversidade de experiências, que varia entre 3 e 21 anos, proporciona uma rica variedade de prespetivas que foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo de investigação.

Em suma, o perfil dos participantes deste estudo demonstra uma combinação de experiência significativa e formação especializada, o que se traduz numa compreensão aprofundada dos desafios e melhores práticas na enfermagem e neste caso em utentes vítimas de AVC. Esta amostra proporciona uma base robusta para investigar e discutir as questões pertinentes à área, contribuindo para o avanço do conhecimento e da prática diária.

De forma e cumprir com a confidencialidade de todos os participantes, estes serão identificados por E1, E2, E3, E4, E5 e E6 ao longo da análise dos dados obtidos.

Os resultados da análise de conteúdo das entrevistas do *Focus Group* serão apresentados a seguir, organizados em categorias (Bardin, 2014) que emergiram do discurso dos participantes.

De acordo com Bardin (2014), a categorização na análise de conteúdo consiste em agrupar os dados obtidos em categorias ou temas que representem as unidades de sentido presentes no material analisado. Esse processo é crucial para transformar dados brutos, como textos, entrevistas ou documentos, em informações mais organizadas e acessíveis, facilitando uma interpretação mais aprofundada e significativa.

Categoria 1: Importância do Enfermeiro Especialista em EMC no SU

A importância do enfermeiro especialista em EMC no Serviço de Urgência foi amplamente discutida durante o *Focus Group*, onde os enfermeiros compartilharam as suas perceções e experiências. Um dos pontos centrais abordados foi a elevada taxa de AVC em Portugal, que "é das mais elevadas da Europa", como destacou E1. Essa realidade torna ainda mais urgente a necessidade de enfermeiros especializados, que possam agir de forma rápida e eficaz em situações críticas.

E1 enfatizou que "é fundamental ter um enfermeiro especialista na triagem", evidenciando o papel crucial que esses enfermeiros desempenham na identificação e priorização dos utentes. A presença de enfermeiros especialistas não apenas melhora a eficácia do atendimento, mas também garante que a equipa de saúde funcione como "uma equipa de alto desempenho", com cada elemento contribuindo com seu conhecimento e habilidades específicas.

E6 complementou essa visão ao afirmar que "o facto de sermos enfermeiros especialistas significa que já temos algum nível de perícia". Essa perícia traduz-se numa capacidade superior de avaliação e intervenção, tornando os enfermeiros especialistas indispensáveis em cenários de urgência. E5 também ressaltou que "os enfermeiros especialistas são, sem dúvida, uma mais-valia", sublinhando a necessidade de reconhecimento do seu valor no sistema de saúde.

A formação e o conhecimento adquiridos ao longo da especialização conferem ao enfermeiro uma visão diferenciada do utente. E4 observou que "a especialidade dá conhecimentos e uma bagagem de conhecimento teórico que quem não é especialista não vai saber". Essa bagagem teórica, combinada com a experiência prática, permite que os enfermeiros especialistas tomem decisões mais informadas e fundamentadas. Como afirmou E3, "sermos especialistas, de facto, é termos outra visão do utente" que é essencial para o cuidado integral.

A capacidade de tomar decisões de forma assertiva é outro aspeto destacado. Segundo E5, "a sua tomada de decisão será sempre baseada na melhor evidência". Isso implica que, em situações de alta pressão, como as que se encontram no SU, os enfermeiros especialistas têm "maior capacidade de tomar decisão e mais segurança nessa tomada de decisão". Essa confiança é crucial para a gestão de situações de stress, pois "a decisão vai ser feita de uma forma mais assertiva", aumentando a eficácia das intervenções.

E1 destaca que "o enfermeiro especialista, efetivamente é aquele que reúne as maiores competências e conhecimentos no tratamento do utente crítico", enquanto E3 complementa que "a visão do especialista ajuda a identificar e antecipar cuidados", evidenciando a importância da especialização na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A discussão no *Focus Group* deixou claro que os enfermeiros especialistas em EMC desempenham um papel vital no SU, garantindo um atendimento de qualidade, assim como, também promovem uma abordagem colaborativa e informada que é fundamental para a saúde e bem-estar dos utentes. O reconhecimento e a valorização destes enfermeiros são, portanto, passos essenciais para fortalecer o sistema de saúde e melhorar os resultados clínicos.

Categoria 2: Desafios da Via Verde do AVC

Os desafios da Via Verde do AVC foram discutidos de forma aprofundada, destacando aspetos cruciais para a eficácia do tratamento. E2 sublinhou que "a circunstância em que ele surge é determinante também no prosseguimento do tratamento", enfatizando a importância do contexto em que um AVC é detetado e como isso impacta as opções de intervenção.

E4 trouxe à discussão uma crítica significativa ao afirmar que "eu continuo a achar que aquilo que falha mais na ativação da via verde nem é o CODU", sugerindo que existem outros fatores que comprometem a eficácia da ativação.

E6, por sua vez, mencionou que "o utente neurológico, para mim, é um utente complicado", destacando a complexidade que envolve a avaliação e o manejo dos utentes vítimas de AVC. Essa complexidade reforça a necessidade de uma abordagem cuidadosa e bem coordenada, que considere as especificidades de cada caso.

E4 também enfatizou a importância de aprender com os erros, afirmando que "após uma ativação da via verde, fazemos um brainstorming e tentamos perceber o que é que falhou". Essa prática de reflexão e análise pós-evento é fundamental para melhorar os protocolos e a comunicação entre as equipas de saúde.

Outro ponto crucial abordado por E6 foi a "deteção e sinalização de sintomas para a ativação da Via Verde do AVC", destacando a necessidade de uma formação contínua que capacite os profissionais a reconhecer rapidamente os sinais de um AVC. E3 completou essa ideia, afirmando que "na ativação precoce, nós conseguimos antecipar sinais de instabilidade", o que pode ser determinante para o sucesso do tratamento.

Esses desafios ressaltam a necessidade de um sistema ágil e eficiente na ativação da Via Verde do AVC, onde a formação, a comunicação e a reflexão contínua sejam pilares fundamentais para garantir que os utentes recebam o tratamento adequado no momento certo. A superação desses obstáculos é crucial para melhorar os resultados clínicos e a qualidade do atendimento a utentes vítimas de AVC.

Categoria 3: Importância da Formação Contínua e Especializada

A formação contínua e especializada é essencial para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, especialmente em áreas críticas como a atuação em situações de urgência. Durante o *Focus Group*, os participantes ressaltaram a importância desta formação para a qualidade do atendimento e a evolução na prática clínica.

E5 enfatizou que "algo que pode influenciar diretamente e pode prejudicar, ou deve ser uma dificuldade, é a ausência de formação". Essa afirmação ilustra como a falta de atualização pode comprometer a eficácia do trabalho dos enfermeiros. E5 complementa que aqueles que se dedicam à formação constante "terão, sem dúvida, a capacidade" de lidar melhor com as demandas do seu trabalho, refletindo diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

E1 também contribuiu com a discussão, afirmando que "as formações em serviço são sempre importantes". Essas formações não apenas mantêm os profissionais informados sobre novas práticas e protocolos, mas também promovem um ambiente de aprendizagem contínua. E4 reforçou essa ideia, afirmando que "a formação é super importante porque se sem formação não vais evoluir", sublinhando a necessidade de formação regular para o progresso profissional.

E3 concordou que "é preciso a formação periódica", destacando que a atualização deve ser um compromisso contínuo dos profissionais de saúde. Para E5, "claramente que nós, enquanto profissionais, devemos fazer formação com a maior regularidade possível". Essa regularidade na formação é vital não só para a prática individual, mas também para a melhoria do serviço como um todo.

E6, defensor da formação contínua, salientou que "a prática baseada na evidência é o pilar base para o sucesso dos nossos cuidados". Essa abordagem garante que os enfermeiros estejam sempre alinhados com as melhores práticas e as mais recentes pesquisas na área, proporcionando um atendimento seguro e eficaz.

E1 ainda destacou a necessidade de "rever estes conteúdos de forma cíclica", propondo que os enfermeiros tenham oportunidades regulares de atualizar os seus conhecimentos.

Além disso, E5 ressaltou que "os serviços, para poderem prestar melhor serviço à população, devem de formar os seus profissionais", sugerindo que a responsabilidade pela formação não deve recair apenas sobre o profissional, mas também sobre as instituições de saúde.

Como disse E1, é fundamental "fazer formações neste contexto, no que toca a otimização de tempos, a protocolos...". A capacitação dos profissionais deve, portanto, incluir tópicos específicos como as "vias verdes do AVC e os problemas associados", conforme mencionado por E5.

Desta forma, a formação contínua e especializada é um componente crítico na prática da enfermagem. Não apenas aprimora as competências individuais, mas também eleva o padrão de cuidado oferecido à população, assegurando que a enfermagem continue sendo uma ciência avançada e baseada em evidências.

Categoria 4: Autonomia do Enfermeiro Especialista em EMC

A autonomia do enfermeiro especialista é um tema crucial no contexto da saúde, especialmente em serviços de urgência, onde a tomada de decisão rápida e eficaz pode ser determinante para a sobrevivência e recuperação do utente. Durante o *Focus Group*, os participantes abordaram diversos aspetos que refletem a importância dessa autonomia e como ela se traduz em melhores cuidados para os utentes.

E1 começou por destacar a relevância da avaliação hemodinâmica, afirmando que "em primeira instância, tens a parte hemodinâmica". Esta avaliação é fundamental para entender o estado do utente e determinar o plano de cuidados adequado. Na sequência, E2 sublinhou a importância da "ativação da parte médica de neurologia", um passo crítico que, quando feito de forma autónoma pelo enfermeiro especialista, assegura que o utente receba os cuidados médicos necessários em tempo útil.

E5 complementou essa visão ao afirmar que um enfermeiro especialista, "estando mais capacitado, autonomamente consegue avaliar e registar alguns parâmetros". Essa capacidade de realizar avaliações sem a necessidade de uma prescrição médica permite uma resposta mais ágil e precisa em situações de emergência. A autonomia estende-se a intervenções que exigem avaliação rápida e decisões informadas, como identificar alterações no estado de consciência do utente. E4 destacou que, "se tu tiveres um utente que, claramente, tem uma alteração de estado de consciência importante, temos de proteger a via aérea", enfatizando a necessidade de uma intervenção imediata que pode ser realizada pelo enfermeiro.

A importância de um registo adequado também foi ressaltada por E2, que afirmou que "registos bem feitos serão, certamente, melhores cuidados". Esses registos não apenas documentam a evolução do utente, mas também garantem que todos os membros da equipa estejam cientes das necessidades e condições do utente.

Outro aspeto crucial da autonomia do enfermeiro especialista é a administração farmacológica. E5 destacou que "a administração farmacológica é interdependente, mas a forma como nós a administramos é feita de forma autónoma". Isso significa que, embora a administração de medicamentos possa depender de prescrição médica, o enfermeiro tem a responsabilidade de decidir como e quando administrar.

Além das intervenções farmacológicas, existem muitas outras ações que os enfermeiros especialistas podem realizar de forma autónoma. E2 mencionou a aspiração de um vómito, que requer um posicionamento adequado do utente, afirmando que "isto é uma intervenção perfeitamente autónoma". Da mesma forma, a prevenção de complicações, como a maceração da pele, é uma responsabilidade dos enfermeiros, que podem aplicar dispositivos de proteção sem necessitar de orientação prévia.

A autonomia também se estende à referenciamento de outros serviços de apoio, como psicologia e nutrição. E3 salientou que "referenciar o utente para a psicologia, nutrição, serviço social… esta referenciação é autónoma", demonstrando a importância de uma abordagem holística no cuidado ao utente.

Logo na triagem inicial, um enfermeiro especialista é capaz de avaliar e registar parâmetros importantes, como por exemplo a Escala de Glasgow e a Escala FAST sem necessidade de supervisão. E5 reforçou que "um enfermeiro especialista, estando mais capacitado, autonomamente consegue avaliar e registar alguns parâmetros", o que é vital para a rápida identificação de condições críticas e para a comunicação eficaz com a equipa médica.

E1 também destacou a relevância da comunicação com a família, mencionando a necessidade de "explicar à família" a condição do utente e os possíveis apoios necessários. Esta comunicação precoce ajuda a preparar a família para o que está por vir, especialmente em situações em que o utente pode não recuperar plenamente. E2 acrescentou que "o utente é um ser holístico e é composto por diversas partes", e quanto mais precocemente se envolver a família, melhores serão os resultados para o utente.

E6 reiterou a importância de envolver a família, afirmando que "quando o utente está estável, acho que sim, envolver a família". Também destacou que a aplicação dos protocolos terapêuticos é uma responsabilidade dos enfermeiros especialistas, afirmando

que "passa muito por nós, enfermeiro especialistas". A autonomia manifesta-se em muitas das intervenções realizadas, que incluem desde a monitorização e vigilância até a preparação para a alta do utente.

Assim sendo, a autonomia do enfermeiro especialista é um elemento-chave para a melhoria dos cuidados em saúde. A capacidade de avaliar, intervir, documentar e comunicar de forma independente não só otimiza a resposta em situações críticas, mas também promove uma abordagem centrada no utente e na família. O fortalecimento dessa autonomia é essencial para que a enfermagem continue a avançar como uma profissão que não só salva vidas, mas também proporciona cuidados de qualidade e personalizados, refletindo uma prática baseada em evidências e uma compreensão holística do ser humano.

7. Discussão

A ativação da Via Verde do AVC é um processo crítico que requer intervenções rápidas e eficazes. O enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel fundamental neste contexto, sendo capaz de realizar diversas intervenções autónomas que garantem a otimização do cuidado ao utente. Essas intervenções não apenas melhoram a assistência prestada, mas também contribuem para a eficácia do tratamento.

Segundo a DGS (2018) a triagem possibilita a identificação precoce de utentes que requerem atendimento urgente de maneira objetiva e contínua ao longo do tempo. Além disso, permite a integração de vias verdes, normativas e algoritmos clínicos aprovados pelo diretor clínico, até que sejam emitidas Normas Clínicas.

A triagem em situações de emergência, como no caso do AVC, é crucial para garantir um atendimento rápido e eficaz. Nesse contexto, o enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel fundamental, visto ser possuidor de competências que lhe permitem avaliar rapidamente a gravidade dos sintomas e implementar protocolos específicos.

A elevada incidência de AVC em Portugal, uma das mais altas da Europa, torna a triagem precoce essencial. Como afirma E1 "é claro que é primordial o tempo no tratamento, como todos nós sabemos, nomeadamente nas comorbilidades". Nesse cenário, o enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel determinante, sendo uma figura chave na ativação da Via Verde do AVC.

O posto de triagem deve ser ocupado por um enfermeiro triador com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades. Conforme recomendado pela OE, esse profissional deve ser especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2019). Dessa forma, garante-se a prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança, baseados nas melhores práticas e recomendações internacionais. O nível de qualificação e o perfil de competências do enfermeiro são pressupostos fundamentais para uma triagem rápida e precisa da vítima.

Além disso, o enfermeiro especialista atua como um elo entre o utente e a equipa médica, sendo que a comunicação clara e eficaz é essencial na gestão do AVC. Assim, é neste aspeto que os enfermeiros especialistas em EMC se destacam, garantindo que todas as informações relevantes sejam transmitidas de forma oportuna. A sua intervenção não só

melhora o fluxo de trabalho no SU, mas também proporciona um cuidado mais humanizado, fundamental em situações de alta pressão.

E1 destaca não apenas a importância do enfermeiro especialista, mas também a necessidade de uma "equipa de alto desempenho, que ainda não está muito divulgada nas nossas urgências". A presença de uma equipa bem treinada e coesa pode melhorar significativamente os resultados no atendimento a utentes vítimas de AVC.

Segundo Costa (2020) a avaliação inicial e a triagem de utentes vítimas de AVC que procuram atendimento num serviço de urgência são fundamentais, pois esse processo pode impactar significativamente os resultados em saúde e o desfecho final em relação à mortalidade e qualidade de vida.

E4 complementa, sublinhando que "é fundamental ter um enfermeiro especialista na triagem", mas também reconhecendo que "a maturidade que um enfermeiro pode ter no serviço de urgência e na triagem é tão importante como possuir a especialidade". Essa combinação de experiência e especialização é vital para a eficácia do atendimento, como afirma Costa (2020) que o enfermeiro responsável pelo posto de triagem deve ser um profissional qualificado e especializado, uma vez que desempenha um papel essencial na avaliação, priorização, identificação e encaminhamento dos utentes, sendo que a experiência profissional pode melhorar a tomada de decisão durante o processo de triagem.

E5 afirma que "o enfermeiro especialista em EMC, acrescenta o seu nível de conhecimento e competência", o que pode ser "claramente diferenciador". O seu conhecimento profundo permite a deteção precoce de sinais e sintomas que podem levar à ativação da Via Verde do AVC, fazendo a diferença em momentos críticos. Salienta ainda que "tendo esse nível de perícia, estás mais desperto e alerta para detetar pequenos sinais, que possam passar despercebidos a um colega que não tenha tanta experiência".

Como defende Lima et al. (2016, p.41)

> “os profissionais de saúde que atendem estes pacientes, entre eles o enfermeiro, devem estar capacitados para oferecer um atendimento especializado e contínuo, desde a porta de entrada do paciente no hospital até ao internamento, seja numa enfermaria, unidade de AVC ou unidade de terapia intensiva”.

Por fim, E6 reforça que "ser enfermeiro especialista significa que já temos algum nível de perícia", indicando que essa especialização contribui para um cuidado mais atento e eficaz.

A combinação de experiência prática e conhecimento especializado é fundamental para a triagem e o tratamento adequado do AVC.

De acordo com o Regulamento da OE nº 743/2019, a triagem de prioridades nos Serviços de Urgência deve ser, sempre que possível, realizada por um enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este profissional possui um conjunto de conhecimentos especializados que o capacita a tomar decisões rápidas, objetivas e sistematizadas, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Assim sendo, a atuação do enfermeiro especialista em EMC na triagem numa ativação da Via Verde do AVC é vital. A sua competência, juntamente com uma equipa de alto desempenho, pode transformar o atendimento em situações críticas, garantindo um cuidado mais eficiente e eficaz aos utentes.

Esta ativação representa um desafio significativo para os enfermeiros especialistas, que frequentemente enfrentam obstáculos e dificuldades que podem comprometer a eficácia do atendimento.

Um dos principais problemas reside nas circunstâncias em que os utentes chegam ao SU. E1 destaca que "a circunstância em que ele surge é determinante. Porque tanto pode vir da rua sozinho, como pode vir acompanhado por um familiar, por um amigo, como pode vir acompanhado a maioria das vezes por bombeiros, como pode vir com a VMER. Portanto, a circunstância em que ele surge é determinante também no prosseguimento do tratamento e no encurtamento do tempo de ação", o que enfatiza a importância de uma resposta rápida e coordenada.

O conhecimento da população sobre esta doença cerebrovascular é fundamental, pois facilita a ativação rápida e eficaz dos serviços de emergência, resultando num tratamento mais eficaz. Costa et al. (2022a) reflete ainda que o grau de literacia da população sobre o AVC é baixo, o que representa um dos principais fatores que contribuem para o reduzido contato com os serviços de emergência. Isso resulta em tempos pré e intra-hospitalares mais longos do que as janelas de tempo terapêuticas recomendadas (Costa et al., 2022a).

É essencial investir em estratégias educacionais de promoção sobre esta temática, a fim de criar uma população informada e capaz de agir rapidamente diante de um evento como este. O aumento da literacia em saúde, tanto em Portugal como a nível global, é fundamental, pois quanto mais eficiente for o reconhecimento dos sinais de alerta do AVC e a ativação do Serviço Integrado de Emergência Médica (SIEM), mais rápida será a administração da terapêutica adequada (Costa et al., 2022a).

E2 ressalta a importância da comunicação entre os serviços de emergência pré-hospitalar e os hospitais, afirmando que "as equipas de emergência pré-hospitalar muitas vezes identificam esta Via Verde, mas não chega a informação por parte do CODU". Essa lacuna na comunicação pode atrasar a ativação da Via Verde do AVC, prejudicando o atendimento ao utente.

Segundo a DGS (2017a, p.2)

> "o CODU deve assegurar o contacto e a transmissão da informação ao médico responsável da equipa Via Verde do AVC intra-hospitalar, durante o transporte para o serviço de urgência", de forma que a equipa que irá receber o utente vítima de AVC esteja disponível e coordenada para o receber atempadamente".

Já E2 aponta que "os critérios da ativação na triagem, são muito dispares, depende do neurologista, depende do tempo. Portanto, eu acho que isso é, para mim, eu que faço triagem, (…) o mais difícil, porque os critérios da ativação na triagem, que estão bem definidos e descritos, mas a verdade é que quando tu às vezes até ativas uma via verde, segundo os critérios que estão ali na triagem, o neurologista discorda e desativa a via verde", variando de acordo com cada neurologista e a interpretação do estado do utente. Desta forma, essa incerteza torna a decisão mais complexa e pode levar a ativações inconsistentes da via verde, o que contribui para a confusão no processo de triagem.

Segundo a Norma da DGS (2017a) os critérios de ativação da Via Verde do AVC são claros e concisos, incluindo, a dificuldade em falar, desvio da comissura labial e falta de força num dos membros.

O enfermeiro E6 compartilha as suas preocupações sobre a complexidade do utente neurológico, reconhecendo que "muitos sintomas são semelhantes", o que torna a avaliação mais difícil. Relata que "aquilo que na triagem me foca muito, é na avaliação do FAST obviamente", sendo crucial, mas que nem sempre a distinção é fácil, especialmente num ambiente stressante.

Zhelev, et al. (2019) enfatizam que a deteção rápida e precisa do AVC no momento do primeiro contato é fundamental para o início oportuno do tratamento adequado. Neste sentido, Costa et al. (2020, p. 96) referem que, “o processo de triagem contribui para o tratamento precoce do AVC reduzindo a mortalidade e a incapacidade”.

Nesse contexto, Costa et al. (2020) destacam que a triagem e o protocolo da Via Verde são considerados facilitadores no atendimento ao AVC, embora haja dificuldades pontuais em algumas etapas do processo. Desta forma, os mesmos autores concluem que a avaliação

inicial e a triagem de utentes vítimas de AVC, que chegam ao serviço de urgência, são fundamentais, pois esse processo pode impactar diretamente os resultados em saúde e os desfechos finais, incluindo mortalidade e qualidade de vida dos utentes.

E5 também identifica a questão da formação, afirmando que "a ausência de formação pode influenciar diretamente e prejudicar a ativação da Via Verde". A falta de atualização dos conhecimentos dos enfermeiros pode resultar em erros na triagem, especialmente quando os sintomas apresentados são ambíguos. Ele enfatiza que "os critérios da triagem de Manchester são suficientemente abrangentes para não deixar passar algumas questões", mas a eficácia desses critérios depende da formação contínua dos profissionais.

A pressão do ambiente de urgência também é um fator a considerar. E3 menciona que "o excesso de informação... desvia-nos um bocadinho do que realmente importa", complicando a tomada de decisões. A necessidade de realizar uma triagem eficiente em menos de três minutos torna o trabalho ainda mais desafiador num cenário onde o stress e o ruído estão sempre presentes.

Para Costa (2022b) os enfermeiros consideram de extrema importância a melhoria do espaço físico das salas de triagem, especialmente no que diz respeito aos recursos materiais, às dimensões, à localização e ao isolamento acústico, de modo a garantir a privacidade dos utentes, reduzir interrupções e ruídos e assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

Costa (2022b) identificou fatores relacionados ao funcionamento do serviço que comprometem o desempenho dos enfermeiros triadores, como o número elevado de utentes a serem triados, o tempo de espera para triagem, interrupções, pressões internas e externas e o excesso de horas dedicadas à triagem. Também foram mencionados problemas como o circuito dos utentes, a realização de tarefas administrativas ou outras não relacionadas diretamente com a triagem e o longo tempo de espera para consulta médica, que pode influenciar a prioridade atribuída, devido ao receio de agravamento do estado do utente. O enfermeiro é o primeiro profissional abordado quando o tempo de espera para atendimento médico ultrapassa o recomendado nos algoritmos, o que pode gerar stress, insegurança e frustração em relação às decisões tomadas anteriormente.

Para Melão (2022) durante a avaliação inicial do utente na triagem, a intervenção do enfermeiro, com sua visão holística, possibilita o estabelecimento de uma relação empática, considerando não apenas os aspetos biológicos, mas também os sociais e psicológicos. Além disso, observa-se que são poucos os estudos que abordam as perceções

e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no atendimento de urgência a utentes com sintomas sugestivos de AVC, bem como o uso de escalas de avaliação inicial nesse contexto.

Em resumo, as maiores dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros especialistas na ativação da Via Verde do AVC incluem a comunicação deficiente entre serviços, a complexidade dos sintomas neurológicos, a falta de formação contínua e as pressões do ambiente de trabalho. Superar essas barreiras é fundamental para garantir que os utentes recebam o atendimento adequado e em tempo útil.

Considerando estas barreiras, emerge a questão sobre a pertinência, ou mesmo vantagem, de existir um EE em EMC no diagnóstico/tratamento destes utentes na Sala de Emergência, visto ser o enfermeiro especialista com as competências necessárias para o cuidado aos utentes em situação crítica, como o AVC.

Segundo E1, "o enfermeiro especialista, efetivamente ele é aquele que reúne as maiores competências e conhecimentos no tratamento do doente crítico". Esta formação especializada permite que os enfermeiros identifiquem rapidamente necessidades urgentes e intervenham de forma mais eficaz.

Segundo a OE (2019) o enfermeiro especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado e competências científicas, técnicas e humanas, aplicadas na prestação de cuidados especializados num domínio específico da enfermagem. Além disso, demonstra um elevado nível de desenvolvimento do pensamento crítico, o que fundamenta as suas decisões em relação ao processo de saúde e aos problemas de vida do utente.

E3 salienta que "o enfermeiro especialista ou aquele enfermeiro que já tem experiência e *skills* adquiridas ao longo do tempo na sala de emergência" é crucial para a assistência ao utente. A experiência acumulada, aliada ao conhecimento teórico, proporciona uma base sólida para a tomada de decisões rápidas e assertivas. E2 ressalta que "a especialidade dá conhecimentos e uma bagagem de conhecimento teórico que quem não é especialista não vai saber", enfatizando a importância dessa formação contínua.

Além disso, a sala de emergência é um ambiente único que exige uma visão diferenciada. E2 afirma que "precisas ter uma bagagem de conhecimento" específica para lidar com situações críticas, onde a capacidade de antecipar necessidades e preparar a alta desde a admissão se torna essencial. Essa visão abrangente, como menciona E6, "não tão focada, muitas vezes, só no utente, mas em tudo o que o rodeia", ajuda na gestão do processo de doença do utente e da sua família.

De acordo com as exigências normativas, parece claro que o profissional que possui o título de enfermeiro especialista em EMC é aquele que possui o conjunto de competências necessário para atender às necessidades de cuidados em contextos clínicos de sala de emergência e reanimação (Parecer N.º 14/2018).

A formação constante e a experiência prática são decisivas. E3 refere que "o fator de experiência" é crucial na sala de reanimação, permitindo que enfermeiros que já passaram por diversas situações de stress possam responder de maneira eficaz. E5 complementa que esses enfermeiros "terão, sem dúvida, a capacidade, fruto daquilo que é a sua formação constante, de fazer uma avaliação mais rápida" das necessidades do utente.

Para Ferreira (2022) os enfermeiros têm um papel fundamental no atendimento à pessoa vítima de AVC e à sua família e/ou cuidador, sendo essenciais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Estão na linha de frente dos cuidados de saúde, assumindo, cada vez mais, funções de liderança, coordenação e gestão de protocolos e procedimentos terapêuticos complexos.

A habilidade de tomar decisões fundamentadas em evidências é outro ponto forte dos enfermeiros especialistas. E5 destaca que, "considerando que está mais capacitado, tem maior capacidade de tomar decisão e mais segurança nessa tomada de decisão", o que é vital em ambientes de alta pressão como a urgência. Esta segurança e a capacidade de gerir stress contribuem para um atendimento mais eficaz e aceite pela equipa.

Portanto, a presença de enfermeiros especialistas em EMC na sala de emergência não apenas melhora a qualidade do atendimento, mas também fortalece a equipa, garantindo que os utentes em situação crítica e/ou falência orgânica recebam os cuidados adequados de forma rápida e eficiente. A junção de experiência e especialização é, sem dúvida, a chave para a excelência na prestação de cuidados de enfermagem.

A presença do enfermeiro especialista em EMC na SE é de extrema importância para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, neste caso, vítima de AVC. Este profissional, com a sua formação avançada e competências específicas, é capaz de lidar com a complexidade dos casos que surgem num ambiente de urgência, onde a situação clinica do utente pode-se deteriorar rapidamente. A atuação de uma equipa multidisciplinar especializada no cuidado da pessoa vítima de AVC é a abordagem mais eficaz para alcançar melhores resultados (SAFE, 2018).

O enfermeiro especialista possui um vasto conhecimento técnico e teórico que lhe permite realizar uma avaliação precisa do estado de saúde do utente, identificar rapidamente sinais

de agravamento e tomar decisões imediatas. A sua capacidade de trabalhar sob pressão, aliada à competência para aplicar protocolos clínicos de triagem, diagnóstico e intervenção, contribui diretamente para a otimização dos cuidados. Além disso, a sua formação especializada em situações críticas permite que atue de forma proativa, antecipando complicações e agilizando os processos necessários para o tratamento adequado.

Outro ponto fundamental é a sua habilidade de colaborar de maneira eficaz com a equipa multidisciplinar, coordenando ações, fornecendo informações vitais sobre o estado clínico do utente, garantindo que todos os protocolos de atendimento sejam seguidos corretamente. A sua presença na SE também tem um impacto positivo na qualidade do atendimento ao utente, visto que assegura que os cuidados sejam prestados de acordo com as melhores práticas clínicas e científicas.

Além disso, o enfermeiro especialista em EMC, desempenha um papel crucial no apoio emocional tanto ao utente quanto à família e/ou cuidador, ajudando a mitigar a ansiedade e a insegurança que são comuns em situações de urgência. A sua capacidade de estabelecer uma relação empática e de confiança com os familiares, ao mesmo tempo que oferece cuidados de alta qualidade ao utente, é um diferencial importante nesse contexto (Barreto et al., 2019).

Para Gil (2023) a atuação do enfermeiro especialista em EMC, no utente vítima de AVC isquémico, é fundamental para a identificação precoce dos sinais e sintomas, assim como para o processo de trombólise. É essencial uma intervenção rápida e eficaz na monitorização do utente, bem como na identificação de eventuais complicações, sempre com base na melhor e mais atual evidência científica disponível.

Por fim, a presença de enfermeiros especialistas é também fundamental para a educação contínua e supervisão de outros membros da equipa de enfermagem, garantindo que as boas práticas sejam seguidas e que todos os profissionais estejam bem preparados para lidar com a complexidade dos cuidados de emergência. Num cenário onde a rapidez e a precisão no atendimento são cruciais, o enfermeiro especialista em EMC é um pilar essencial para a eficiência e a segurança do serviço de urgência.

Por forma a manter esta eficiência, emerge a necessidade de formação contínua para enfermeiros especialistas em EMC, especialmente no contexto da Via Verde do AVC, que é amplamente reconhecida por profissionais da área.

A enfermagem é uma ciência em contínua evolução, na qual as necessidades de cuidados e a sua prestação se tornam cada vez mais complexas. Há uma exigência crescente de

excelência na prática, com a oferta de cuidados complexos fundamentados em evidências científicas e na tomada de decisões sofisticadas (Pires et., 2023).

E1 enfatiza que "as formações em serviço são sempre importantes" e que essa formação deve ser interligada com as equipas de neurologia. A atualização constante é crucial, uma vez que as práticas e protocolos estão em constante evolução, como apontado por E1: "fazer formações neste contexto, no que toca a otimização de tempos, a protocolos".

E2 complementa que, num serviço onde "os conhecimentos estão constantemente a ser renovados", é vital que existam oportunidades regulares para formação. E2 sublinha que a formação não é apenas uma opção, mas uma necessidade: "as pessoas têm que ir para poderem continuar a exercer funções na sala de emergência". Além disso, a análise crítica das intervenções após a ativação da Via Verde do AVC pode proporcionar aprendizagens valiosas para a equipa, permitindo melhorias contínuas na prática clínica.

A qualidade dos cuidados prestados no AVC depende de profissionais altamente competentes e especializados nesta área. Em toda a Europa, é essencial assegurar o recrutamento de profissionais especializados, de modo a garantir a eficácia de um trabalho em equipa multidisciplinar no atendimento a utentes vítimas de AVC (SAFE, 2018).

Para Ferreira (2022) a formação contínua direcionada, a implementação de protocolos de atuação baseados nas diretrizes científicas mais recentes, e em estudos de investigação, devem ser prioridades para os enfermeiros que atuam nos serviços de urgência, visando aprimorar a prática assistencial. A certificação e a especialização em competências avançadas de enfermagem são cada vez mais essenciais, considerando a crescente complexidade do cuidado à pessoa com AVC.

A opinião de E3 é clara: "sim, é preciso a formação periódica. Sim, senhor, concordo." Essa necessidade é corroborada por E5, que destaca a importância da formação regular para sentir-se capacitado no exercício da função. Ele reforça que "as doenças cardiovasculares são claramente um problema em Portugal" e que os serviços devem formar seus profissionais para oferecer um atendimento de qualidade à população.

A investigação, a prática e o desenvolvimento profissional são responsabilidades éticas e deontológicas do enfermeiro. A pesquisa contínua pela atualização de conhecimentos e pelo aprimoramento de competências deve ser uma prioridade, pois é dessa forma que se consegue oferecer cuidados diferenciados, alinhados às necessidades do utente e da sua família e/ou cuidador (Gil, 2023).

Para Conde et al. (2023) é essencial fornecer a estes profissionais o conhecimento e a formação adequados na área, capacitando-os para o desenvolvimento de competências que lhes permitam agir de forma mais segura, fundamentada, eficiente e oportuna.

Nunes (2018) defende que os conhecimentos em enfermagem, fundamentados em teorias e metodologias científicas, permitem a prestação de cuidados de qualidade baseados no pensamento crítico, favorecem uma tomada de decisão mais eficaz para os utentes sob nossa responsabilidade e, por fim, possibilitam a avaliação dos resultados alcançados.

E5 também aponta que a formação deve estar integrada num plano abrangente, focado em reconhecer as Vias Verdes do AVC e os problemas associados. "Deve-se juntar útil ao agradável", diz E5, referindo-se à necessidade de promover a formação e a atualização contínua dos enfermeiros, seja através de reuniões de serviço, congressos ou outras modalidades.

Gil (2023) reflete que a presença de uma equipa especializada em AVC, que atue de forma ágil e eficiente, contribuirá para a redução do tempo entre o início dos sintomas e a realização da TC-CE, diminuindo também o intervalo entre a realização da TC-CE e a administração da trombólise, resultando, assim, na redução do tempo porta-agulha.

Diante desta realidade, cabe aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, a responsabilidade profissional e ética de fundamentar a sua prática clínica e especializada em evidências científicas. Isto implica basear os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimentos válidos, atualizados, relevantes e seguros, conforme estabelecido no Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019).

E6, por sua vez, argumenta que "não nos podemos encostar à sombra da bananeira", sublinhando a importância de não apenas se manter atualizado, mas também de evoluir constantemente na prática de enfermagem. E6 acredita que "a prática baseada na evidência é o pilar base para o sucesso dos nossos cuidados", reiterando que "manter-se atualizado é com treino, com a formação", essencial para garantir que a enfermagem continue a ser uma ciência avançada e relevante.

Instituições internacionais como a *American Academy of Emergency Nurse Practitioners*, a *Emergency Nurses Association* e a *Emergency Care Association – Royal College of Nursing* (AAENP, 2016; ENA, 2019; Royal College of Nursing, 2017) apresentam recomendações sobre as formações adicionais necessárias. Essas recomendações surgem como fundamentais, considerando que a formação inicial dos enfermeiros não é suficiente para a complexidade da resposta exigida na prática clínica em ambiente de SU.

A formação pós-graduada no contexto clínico refere-se às funções de vigilância, monitorização e tratamento de utentes em situação crítica ou com falência confirmada de uma ou mais funções vitais. Os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, abrangem a assistência à pessoa, à sua família e/ou cuidador, que se encontra em processo de doença crítica e/ou falência orgânica. O objetivo é garantir uma colheita detalhada de dados e implementar intervenções específicas e oportunas, além de responder eficazmente a situações de emergência ou catástrofes (OE, 2018).

A DGS (2017a) refere que os enfermeiros e demais profissionais de saúde envolvidos no atendimento aos utentes vítimas de AVC, devem ser devidamente formados e atualizados sobre os protocolos e as intervenções mais eficazes, assegurando que estejam capacitados para responder com rapidez e competência.

Assim, a formação periódica dos enfermeiros especialistas em EMC, não é apenas desejável, mas uma necessidade imperativa para garantir que os profissionais estejam preparados para oferecer os melhores cuidados possíveis aos utentes vítimas de AVC. A atualização constante é a chave para um atendimento de qualidade e para a evolução contínua da enfermagem como profissão.

Por fim, ressalta a pertinência de refletir sobre as intervenções autónomas do EE em EMC na Via Verde do AVC, considerando ser um processo crítico que requer intervenções rápidas e eficazes de forma a potenciar a qualidade dos cuidados.

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental neste contexto, sendo capaz de realizar diversas intervenções autónomas que garantem a otimização do cuidado ao utente. Essas intervenções não apenas melhoram a assistência prestada, mas também contribuem para a eficácia do tratamento.

São designadas como intervenções autónomas aquelas ações realizadas sob a exclusiva iniciativa e responsabilidade do profissional, em conformidade com as suas qualificações, seja na prestação de cuidados, gestão, ensino, formação, assessoria ou nas contribuições para a investigação em enfermagem (REPE, 2015).

A avaliação inicial do utente é uma das primeiras intervenções realizadas pelo enfermeiro especialista. Segundo E5, "um enfermeiro especialista, estando mais capacitado, autonomamente consegue avaliar e registar alguns parâmetros, nomeadamente o Glasgow, a avaliação da força, da sensibilidade e até, eventualmente, alguns sinais vitais." Esta avaliação permite uma identificação precoce dos sinais de deterioração clínica, o que é

crucial em casos de AVC, onde "se tiver uma alteração de estado de consciência importante, se tiver défices claros, tu sabes que tens que atuar tão rapidamente como um doente que está em paragem cardio-respiratória" (E2).

A monitorização contínua do utente, conforme destacado por E3, é outra intervenção autónoma importante. "É aquilo que podes fazer sem a prescrição médica. É importante a monitorização e colocar o cateter venoso periférico". Esta capacidade de agir rapidamente e de forma autónoma permite ao enfermeiro especialista responder a mudanças no estado clínico do utente, alertando a equipa médica sobre qualquer deterioração.

A colaboração com a equipa médica é essencial para a implementação eficaz da Via Verde do AVC. Como afirma E1, "depois, a ativação da parte médica de neurologia, é importante, porque aí ele prescreve a TAC Crânio-Encefálica, que é aquilo que o utente tem que fazer no tempo record." A rapidez na realização de exames como a TAC CE e AngioTAC Cerebral é crucial para a definição do tratamento. O enfermeiro especialista, ao ativar esta Via Verde, garante que o utente seja encaminhado rapidamente para as intervenções necessárias de forma a agilizar o seu tratamento.

A Norma da DGS de 2017 sobre a Via Verde do AVC, estabelece uma série de intervenções essenciais para otimizar o atendimento e o tratamento de pessoas vítimas de AVC, com o objetivo de minimizar danos e melhorar os resultados de saúde. A Via Verde do AVC é um modelo de atendimento integrado, com um conjunto de protocolos e processos estabelecidos para garantir a resposta rápida e eficaz a estes casos (DGS, 2017a).

Quando identificado um caso suspeito de AVC, o protocolo da Via Verde do AVC deve ser imediatamente ativado. Isso envolve a comunicação rápida com a equipa médica e o acionamento de uma equipa multidisciplinar para avaliar o utente, incluindo neurologistas e outros especialistas (DGS, 2017a).

As diretrizes de 2019 da AHA sobre a gestão precoce do AVC isquémico, enfatizam a importância de uma abordagem coordenada e eficiente no atendimento a utentes vítimas de AVC, com destaque para o papel essencial dos enfermeiros na gestão dessas condições.

As diretrizes reconhecem que os enfermeiros especialistas, como parte integrante da equipa multidisciplinar, desempenham um papel fundamental na identificação precoce, no tratamento rápido e na monitorização contínua dos utentes vítimas de AVC, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos (AHA, 2019a).

Uma das primeiras e mais importantes intervenções descritas nas diretrizes da AHA/ASA de 2019 é a triagem inicial eficaz. O enfermeiro é muitas vezes o primeiro profissional a

interagir com o utente. A triagem rápida é essencial para identificar os sinais e sintomas de um AVC, permitindo que as decisões de tratamento sejam feitas com base na gravidade do caso (AHA, 2019a).

O uso de escalas na triagem como a Escala FAST (*Face, Arms, Speech, Time*) permite uma identificação precoce dos sinais de AVC, facilitando a ativação dos protocolos de emergência e a ativação da Via Verde do AVC, um caminho direto para a administração de trombólise, se indicado, sendo o enfermeiro especialista autónomo na sua utilização (AHA, 2019a).

Powers et al. (2019) discriminam um conjunto de intervenções de enfermagem, no cuidado ao utente vítima de AVC: permeabilizar a via aérea, inspecionando a cavidade oral e se necessário remover corpos estranhos; aspirar secreções em SOS; ter em conta a necessidade de utilização de adjuvantes da via aérea como o tubo nasofaríngeo ou orofaríngeo ou até mesmo uma abordagem da via aérea avançada com dispositivos laríngeos ou tubo endotraqueal; colocar dois acessos venosos periféricos calibre 18 nos membros superiores; realizar colheita de sangue para estudo analítico; vigiar parâmetros vitais nomeadamente, tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, temperatura, avaliação da glicémia capilar e realização de ECG; avaliação da Escala NIHSS; algaliar o utente quando oportuno e se necessário; avaliar necessidade de administrar O2 para manter SpO2 > 94%; avaliar a capacidade de deglutição e considerar necessidade de colocação de sonda nasogástrica; promover o repouso no leito durante 24 horas após a trombólise com cabeceira a 30°; vigiar a pele, a presença de soluções de continuidade e aliviar zonas de pressão com o correto posicionamento.

Embora a administração de medicamentos dependa da prescrição médica, os enfermeiros especialistas têm autonomia na sua administração. "A administração farmacológica é interdependente, porque ela depende da prescrição, mas no que diz respeito à forma como nós a administramos, ela é feita de forma autónoma" (E2). Esta autonomia é fundamental para garantir que o utente receba o tratamento necessário sem atrasos desnecessários, o que pode ser decisivo na evolução do quadro clínico.

Conforme as diretrizes da AHA (2019a) os enfermeiros são responsáveis por garantir a administração atempada da trombólise**,** dentro da janela terapêutica recomendada, que deve ser iniciada até 4,5 horas do início dos sintomas. A monitorização rigorosa do utente durante e após a administração do medicamento é crucial, tendo os enfermeiros a

responsabilidade de observar sinais de complicações como hemorragia intracraniana, que é uma das principais complicações associadas à trombólise (AHA, 2019a).

A prevenção de complicações é um foco constante na prática do enfermeiro especialista. E4 menciona que, "logo e o quanto mais precoce, também devemos ser muito ativos naquilo que é a prevenção de futuras complicações." A aspiração de vómito, por exemplo, é uma intervenção autónoma que o enfermeiro pode realizar, garantindo o melhor posicionamento do utente para prevenir aspirações que poderiam levar a Pneumonia de aspiração.

Além disso, a prevenção da maceração da pele e das úlceras de pressão é outra área em que os enfermeiros especialistas podem agir de forma autónoma, aplicando dispositivos que ajudam a manter a integridade da pele do utente. "Se percebermos que o utente, por alguma razão, vai permanecer muito tempo numa posição, podemos e devemos, autonomamente, aplicar alguns dispositivos que possam prevenir esta maceração ou ulceração da pele" (E5).

A monitorização contínua visa identificar precocemente possíveis complicações, como disfagia, aspiração de conteúdo alimentar, hipotensão ou infeções secundárias, tendo o enfermeiro especialista um papel fulcral nessa monitorização. A norma da DGS também prevê que o desempenho da Via Verde do AVC seja constantemente monitorizado, avaliando indicadores de qualidade, como os tempos de resposta (tempo até a TAC, tempo até a administração da trombólise, etc.) e os resultados dos utentes (sobrevivência, sequelas, qualidade de vida) (DGS, 2017a).

O cuidado não se limita apenas ao utente, sendo o envolvimento da família e/ou cuidador igualmente essencial. O enfermeiro especialista deve, sempre que possível, capacitar e confortar a família, explicando o processo de doença e o que pode ser esperado. "O utente é um ser holístico e é composto por diversas partes, e claramente que o tratamento não é só para o utente" (E6). Este envolvimento pode ajudar a família e/ou cuidador a preparar-se para as mudanças que podem ocorrer e a entender melhor as necessidades do utente.

De acordo com Barreto et al. (2019), as famílias e/ou cuidadores dos utentes em situação crítica e/ou falência orgânica na Sala de Emergência, estão frequentemente expostos a sentimentos de incerteza, angústia e medo. Por isso, é fundamental incluir a família no plano de cuidados. Os autores argumentam ainda que fornecer atualizações regulares sobre o estado de saúde do utente à família e/ou cuidador ajuda a reduzir a ansiedade,

facilitando a compreensão da situação e promovendo uma adaptação mais eficaz por parte da família e/ou cuidador frente à situação crítica.

Para Marques (2024) o enfermeiro é o profissional que mantém uma relação de maior proximidade com o utente e sua família, pois é o membro da equipa que passa mais tempo com eles, o que contribui para a construção de uma maior confiança por parte das famílias. No contexto da urgência, essa relação torna-se ainda mais relevante devido às particularidades e à tensão do ambiente.

A importância de registos bem feitos não pode ser subestimada. "Registos bem feitos serão, certamente, melhores cuidados" (E5). A documentação adequada permite não só um acompanhamento eficaz do estado do utente, mas também a deteção de áreas que podem necessitar de intervenção de outros profissionais. A comunicação clara entre a equipa de saúde é vital para garantir que todos estejam cientes do estado do utente e das intervenções realizadas.

Quando realizados de forma consistente e padronizada, os registos clínicos tornam-se ferramentas essenciais para a avaliação contínua da qualidade, promovendo a adesão às boas práticas clínicas, facilitando auditorias de qualidade e reduzindo consideravelmente a probabilidade de erros (Gil, 2023).

Para Gil (2023) os registos de enfermagem são essenciais, pois documentam as intervenções realizadas, conferindo visibilidade ao trabalho do enfermeiro, ao mesmo tempo em que garantem a segurança do utente e asseguram a qualidade dos cuidados prestados.

As intervenções autónomas do enfermeiro especialista na ativação da Via Verde do AVC são fundamentais para a prestação de cuidados de saúde eficazes. A capacidade de avaliar, monitorizar, intervir e envolver a família e/ou cuidador, juntamente com uma comunicação eficaz e registos adequados, contribui para a melhoria dos resultados dos utentes.

Como defendido por E5, "os enfermeiros especialistas são sem dúvida uma mais-valia" e a sua formação contínua é crucial para maximizar este potencial. A integração e valorização do trabalho do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC são passos essenciais para garantir que os utentes recebam os melhores cuidados possíveis em momentos críticos.

As intervenções realizadas pela equipa de enfermagem no SU são fundamentais, pois podem impactar positivamente os resultados em saúde e o desfecho final, no que se refere ao acesso rápido aos cuidados, mortalidade e qualidade de vida da pessoa vítima de AVC. Dada a gravidade clínica do AVC agudo e suas particularidades, é essencial que o

enfermeiro especialista adote uma abordagem holística, valorizando não apenas o restabelecimento da saúde física, mas também oferecendo acolhimento ao utente e estabelecendo um vínculo que favoreça a criação de uma relação terapêutica eficaz (Costa et al., 2020).

As diretrizes de 2019a da AHA reconhecem o papel essencial dos enfermeiros na gestão do AVC, desde a triagem inicial e a administração de trombólise até o suporte contínuo e a educação pós-tratamento. Com base em evidências científicas e boas práticas, os enfermeiros devem ser bem treinados, preparados para agir rapidamente e monitorizar o utente de forma contínua. A implementação eficaz dessas diretrizes não só melhora os resultados clínicos, mas também contribui para a qualidade dos cuidados e segurança do utente**,** impactando positivamente a vida dos utentes vítimas de AVC (AHA/ASA, 2019).

O acolhimento, a triagem, a ativação de protocolos de resposta rápida para o AVC, neste caso a Via Verde do AVC, a avaliação inicial, a aplicação de escalas, a estabilização e monitorização dos sinais vitais, a execução de procedimentos invasivos de enfermagem, como por exemplo, a colocação de um acesso venoso periférico, a administração de tratamento endovenoso, a preparação e acompanhamento para realização de MCDT, a preparação para procedimentos médicos invasivos, a avaliação da disfagia, a deteção precoce de complicações, a transferência e transição de cuidados, são práticas essenciais no cuidado de enfermagem à pessoa vítima de AVC no Serviço de Urgência (Ferreira, 2022).

8. Conclusão

A análise dos dados obtidos revela uma forte consciência e valorização das intervenções autónomas dos enfermeiros especialistas em EMC na Via Verde do AVC. Os participantes destacam a importância de uma avaliação inicial precisa e a capacidade de realizar intervenções críticas, como a administração de medicamentos e a monitorização de sinais vitais, sem depender exclusivamente de ordens médicas. Essa autonomia não apenas melhora a qualidade dos cuidados prestados, mas também contribui para a prevenção de complicações graves e a promoção de resultados mais favoráveis para os utentes.

Além disso, a colaboração interdisciplinar é considerada fundamental, com ênfase na comunicação eficaz com outros profissionais de saúde e no envolvimento da família e/ou cuidador no processo de cuidado. Os enfermeiros reconhecem que o suporte emocional e a educação da família e/ou cuidador, são cruciais para a adaptação ao novo estado de saúde do utente.

Entretanto, os desafios enfrentados, como a necessidade de formação contínua e a capacidade da equipa, foram ressaltados como fatores limitantes. A falta de formação específica e a pressão em ambientes de emergência podem comprometer a eficácia das intervenções. Portanto, a melhoria na formação e na atualização dos enfermeiros é vista como essencial para maximizar seu potencial.

Assim, e de forma sintetizada é possível concluir que o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na ativação da Via Verde do AVC, sendo responsável por várias intervenções fundamentais que garantem uma resposta rápida e eficaz ao utente vítima de AVC, nomeadamente, realizar uma triagem inicial que deve ser rápida, com utilização de escalas de avaliação para identificar de forma célere sinais de alerta como dificuldade na fala, paralisia facial e fraqueza nos membros. Ao identificar estes sinais, o enfermeiro deve ativar de imediatamente o protocolo da Via Verde, comunicando à equipa médica e mobilizando os profissionais necessários para o atendimento especializado, assegurando que o utente seja rapidamente avaliado e tratado. Após alocação à sala de emergência, deve proceder a uma avaliação inicial (ABCDE), avaliação dos sinais vitais, incluindo a monitorização da pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, glicémia capilar e estado de consciência, sendo estes dados cruciais para a definição da gravidade do caso e para orientar o tratamento imediato. Seguidamente o enfermeiro deve assegurar a colocação de um acesso venoso periférico e preparar o utente para realizar os exames de

imagem necessários. Caso se confirme um AVC isquémico, o enfermeiro é responsável por administrar a trombólise e garantir a monitorização necessária à sua administração.

Qualquer alteração do estado neurológico do utente, deve ser comunicada à equipa médica. O enfermeiro deve ainda implementar medidas para prevenir potenciais complicações como por exemplo, a disfagia, a aspiração de conteúdo alimentar e/ou a hipotensão durante o tratamento.

Desta forma, as intervenções do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC são determinantes para garantir uma resposta rápida e coordenada, otimizar os tempos de tratamento e melhorar os resultados clínicos do utente. A atuação do enfermeiro é fundamental em todas as fases do atendimento, desde a triagem inicial até ao encaminhamento para tratamentos subsequentes, como a reabilitação.

A realização de um *Focus Group* com seis enfermeiros especialistas revelou-se uma metodologia eficaz para explorar em profundidade as perceções e experiências dos profissionais num contexto específico, como o papel do enfermeiro especialista na Via Verde do AVC. Embora o tamanho reduzido do grupo possa ser visto como uma limitação, ele também trouxe benefícios significativos que contribuíram para uma discussão mais focada e rica.

Uma das principais vantagens de um grupo pequeno foi a possibilidade de criar um ambiente mais intimista e confortável, onde os participantes se sentiram à vontade para partilhar suas opiniões de forma aberta e honesta. Isso facilitou a troca de experiências e permitiu uma discussão mais aprofundada sobre questões complexas e práticas do dia a dia na atuação dos enfermeiros especialistas. A interação entre os membros do grupo, com diferentes bagagens profissionais, gerou um espaço fértil para a reflexão e a aprendizagem mútua.

Através da identificação destas intervenções autónomas de enfermagem, espera-se que este estudo de investigação possa contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas, principalmente dos enfermeiros especialistas que todos os dias recebem utentes vítimas de AVC no seu Serviço de Urgência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório Final de Estágio, desenvolvido após dois momentos de estágio, um num SMIP e outro num SUP, permitiu adquirir e consolidar conhecimentos e competências cruciais para a prática profissional em contextos clínicos de elevada complexidade. Através da interação direta com utentes em situação crítica e/ou falência orgânica, foi possível a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, o que contribuiu significativamente para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Durante os momentos de estágio, foi possível perceber a importância de uma atuação integrada e coordenada entre as equipas multidisciplinares, especialmente em ambientes de urgência e cuidados intensivos, onde o tempo e a precisão nas intervenções são determinantes para a evolução dos utentes. A experiência prática, em ambos os contextos, proporcionou uma visão abrangente da complexidade dos cuidados, refletindo a realidade dos desafios enfrentados pelos enfermeiros especialistas nestas áreas.

A análise dos objetivos propostos para este Relatório permitiu concluir que foram atingidos de forma satisfatória. A experiência adquirida, tanto em termos técnicos como de desenvolvimento de competências reflexivas e de gestão de cuidados, foi fundamental para atingir o grau de competência desejado na prática clínica. Além disso, os recursos utilizados, tanto em termos de apoio das equipas como das ferramentas científicas e teóricas disponíveis, mostraram-se adequados e eficazes para a realização deste Relatório Final de Estágio.

No entanto, algumas limitações foram sentidas, como a integração inicial nas equipas e a adaptação aos contextos de SMIP e SUP representaram desafios significativos, que exigiram um esforço adicional para garantir a qualidade e a segurança no cuidado prestado, assim como, a conciliação com a atividade profissional e pessoal.

Em termos de recomendações, sugere-se que se invista na formação contínua das equipas de enfermagem em áreas específicas como, a ativação da Via Verde do AVC, para que os enfermeiros possam responder com maior segurança e eficiência.

Em suma, o trabalho desenvolvido ao longo deste Mestrado e a experiência prática adquirida nos estágios contribuíram de forma significativa para o crescimento como enfermeira especialista, permitindo consolidar competências essenciais para atuar com

excelência no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

As limitações encontradas ao longo deste percurso foram superadas com o apoio dos enfermeiros tutores nos momentos de estágio, assim como, do orientador deste Relatório Final de Estágio.

Esse percurso reflete a constante procura pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, tendo como base o compromisso com a ciência e a prática clínica fundamentada em evidência científica atualizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência*. <https://www.acss.minsaude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf>.

Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. <https://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf>

American Heart Association (2019a). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 50(12),* <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>.

American Heart Association (2019b). *Stroke risk factors. American Stroke Association*. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2019/02/15/14/39/aha-2019-heart-disease-and-stroke-statistics>.

American Heart Association (2021). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke*. *Stroke*, 52(8), 364-467. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000378>.

Azevedo, L., Sousa, A., Coelho, S. (2020). *A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? –* revisão integrativa. Cadernos de Saúde. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.>.

Barreto, M. da S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L. F. de, & Marcon, S. S. (2019). *Presença da família durante o atendimento emergencial: Vivência dos pacientes e familiares. Texto & Contexto - Enfermagem*, *28*. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0150>.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. 2nd Edition. New York: Springer Publishing

Company.<https://www.researchgate.net/publication/268981101_Clinical_Wisdom_and_Interventions_and_Acute_and_Critical_Care_A_Thinking-in-Action_Approach>.

Conde, C., & Duarte, H. (2024). *Cuidados de enfermagem ao doente com acidente vascular cerebral em fase aguda* [Nursing care for acute stroke patients]. *Revista de Pesquisa em Enfermagem*, 3(2), 1-10. <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/661>.

Castoldi, L., Greco, M., Carlucci, M., Lennquist Montán, K., & Faccincani, R. (2022*). Mass Casualty Incident (MCI) training in a metropolitan university hospital: short-term experience with MAss Casualty SIMulation system MACSIM®.* European Journal of Trauma & Emergency Surgery, 48(1). (283–291). <https://doi.org/10.1007/s00068-020- 01541-8>.

Costa, A. C. L., Preto, L. S. R., Barreira, I. M. M., Mendes, L. A., Araújo, F. L., & Novo, A. F. M. P. (2020). *Triagem e ativação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros. Revista de Psicologia e Educação em Saúde*, *3*(2), 96-101. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829>.

Costa, R. A. da, Nunes, G., Rodrigues, F., Coelho, P., & Pires, J. (2022a). *O grau de literacia em AVC: Impacto na ativação do serviço de emergência*. *HIGEIA. IV*(VII), 9-16. < https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/8070/1/01_O%20GRAU%20DE%20LITERACIA%20EM%20AVC-%20IMPACTO%20NA%20ATIVAcaO%20DO%20SERVIcO%20DE%20EMERGeNCIA.pdf>.

Costa, F. A. D., Torres, R. S., & Sousa, C. P. F. (2022b). *Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. Revista de Enfermagem Referência*, *VI*(1), 21028. <https://doi.org/10.12707/RV2102>.

Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.* Diário da República I Serie, n.º 181 (16-09-2015) (8059 – 8105). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>.

Despacho n.º 10319/2014, de 11 de Agosto (2014). Diário da República II Série, Nº 153 (11/08/2014) (20673 - 20678). < https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>.

Despacho n.º 5613/2015, de 24 de Junho (2015). Diário da República II Série, Nº 102 (24/06/2015) (13550 - 13553). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>.

Direção Geral da Saúde (2012) Norma nº 029/2012, atualizada a 31 de Outubro de 2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. < https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2013). Norma nº 015/2013, atualizada a 1 de Novembro de 2015. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e circularesnormativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (2015a). Norma nº 019/2015 atualizado a 29 de agosto de 2022. *Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-deintervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf>

Direção Geral de Saúde (2015b). Norma nº 021/2015, atualizada a 17 de novembro de 2022. *Feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada a Intubação.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-depneumonia-associada-a-intubacao/>.

Direção Geral de Saúde (2015c). Norma nº022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. *Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf>.

Direção Geral de Saúde (2015d). Norma nº020/2015 atualizada a 17 de novembro de 2022. *Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção do local cirúrgico.* <https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2016). Norma n.º 010/2016 atualizada a 16 de Maio de 2017. *Via Verde Sépsis no Adulto*. < https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2017a). Norma nº 015/2017. *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Direção Geral da Saúde.* Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2017b). Norma nº 001/2017 - *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.* ISSN: 2184-1179. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata.* Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.

Ferreira, A. C. S. (2021). *Intervenções de enfermagem implementadas no serviço de urgência à pessoa vítima de acidente vascular cerebral agudo: Scoping review.* Relatório de estágio, 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Politécnico de Viseu. < https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/7169>.

Figueiredo, Ana Rita Gonçalves; Pereira, Alexandre; Mateus, Sónia (2020). *Acidente Vascular Cerebral Isquémico vs Hemorrágico: Taxa de Sobrevivência*. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7144/1/03_Acidente_vascular_cerebral_isquemico_vs_hemorragico_taxa_de_sobrevivencia.pdf>.

Gil, A. I. C. (2023). *Cuidados de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetida a trombólise na UCI* (Relatório de estágio, Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica). Instituto Politécnico de Setúbal. < https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45648/1/Relatorio%20Final.pdf>.

Gonçalves, S. C. M., & do Carmo, T. I. G. (2022). *Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão*. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *11*(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>.

Goniewicz, K., Goniewicz, M., Włoszczak-Szubzda, A., Burkle, F. M., Hertelendy, A. J., AlWathinani, A., Molloy, M. S., & Khorram-Manesh, A. (2021). *The importance of pre-training gap analyses and the identification of competencies and skill requirements of medical personnel for mass casualty incidents and disaster training.* BMC Public Health. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10165-5>.

Grupo de Trabalhos do Serviço de Urgência (2019). *Relatório Grupo de Trabalho - Serviços de Urgência.* Disponível em: < https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%AAncias.pdf>.

Hurford, Robert; Sekhar, Alakendu; Hughes, Tom A. T.; Muir, Keith W. (2020). *Diagnosis and management of acute ischaemic stroke*. 2020. < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32507747/>.

Instituto Nacional de Estatística (2024). *Boletim Mensal de Maio de 2024*. Lisboa. INE. ISSN 0032-5082.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012a). *Situação de Exceção*. (1.ª versão). Departamento de Formação em Emergência Médica. Situação-de-Exceção INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012b*). Abordagem à Vítima - Manual TAS/TAT*. Versão 2.0. 1ª edição. 2012. ISBN 978-989-8646-12-5.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2024). *INEM encaminhou 24 doentes por dia em 2023 através da via verde do AVC*. Disponível em: <https://www.inem.pt/2024/04/03/inem-encaminhou-24-doentes-por-dia-em-2023-atraves-da-via-verde-do-avc/>.

Lei nº27/2006 de 3 de Julho (2006). *Aprova a Lei de Bases da Proteção Cívil*. Diário da República, I Série. < https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>.

Lima, A. C., Silva, A., Guerra, D., Barbosa, I., Bezerra, K., & Oria, M. (2016). *Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão 85 integrativa.* Revista Brasileira de Enfermagem, 69(11), 785–792. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690423i>.

Macedo, Rui; Dias, António Madureira; Cunha, Madalena; Costa, Paulo; Sardo, Pedro; Macedo, Marta 2021. *Nursing Activities Score: Adaptação Transcultural e Validação para a População Portuguesa.* Revista Servir. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23763/19197>.

Marques, A. R. S. (2024). *Transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica em sala de emergência.* (Relatório de estágio) Instituto Politécnico de Leiria. < https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/9739/1/Relat%C3%B3rio%20Final_ARSM.%20%281%29_cf.pdf>.

Melão, A. M. A. (2022). *Melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na avaliação inicial à pessoa com sintomas sugestivos de AVC* [Relatório de estágio, Instituto Politécnico de Beja]. <https://repositorio.ipbeja.pt/server/api/core/bitstreams/d44bd0e1-a17f-40c8-8d15-a2277a3d156f/content>.

Meleis, I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in*

Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde (2020). *Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2020*. Disponível em <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

Moran, M. E., Blecker, N., Gothard, M. D., & George, R. L. (2021). *A Critical Pathway for Mass Casualty Incident Preparedness.* Journal of Trauma Nursing, 28(4), 275–280. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000597>.

Morgan, D. L. (1997). *Focus Group as Qualitative Research* (2nd ed). Thousand Oaks, California: Sage.

Moure, Rodrigo Viegas; Santos, Inês Maria Menezes (2023). *Iluminação natural, artificial e arquitetura em UTI: impactos na saúde do paciente.* Revista Eletrônica Acervo Saúde. 23(7),12573. <https://doi.org/10.25248/reas.e12573>.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento n.º 361/2015 - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. 17240-17243. <https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Junho/Regul_361_2015.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2017b). *Parecer Conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Atribuição de Responsável de Turno.* (1-3). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoC E_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Parecer nº 14/2018 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação - Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência.* (1-3). < https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Parecer n.º 15/2018 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva.* (1-4). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2018c). *Regulamento nº 429/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento número 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2021*). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa em situação crítica e dependente de suporte extracorporal de vida: um desafio para a prática especializada.* <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobp-cuidados-pessoaem-situa-o-cr-tica/full-view.html>.

Paiva, J. A.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J. M.; Nóbrega, J. J.; Vaz, J.; Coutinho, P. (2017). Rede nacional de especialidade hospitalar e de referenciação: Medicina Intensiva. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto2017.pdf>.

PIRES, Marina Filipa Silveira; LOPES, Romana Silva; CAETANO, Cláudia Sofia Fernandes; MOTA, Liliana Andreia Neves da; FERREIRA, Fernanda Maria Príncipe Bastos. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 6, p. e20220721, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721p.>.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República II Série, nº 35 (18/02/2011) (8648 - 8653).

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de Setembro (2019). *Regulamento da Norma para Cálculos de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República II Série, nº 184 (128-155).

Stroke Alliance for Europe (SAFE) (2018). *Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030*. Bruxelas. <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>.

SILVA, António M. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe*.

SILVA, Ana Paula; SANTOS, Brasilina M.; BRASILEIRO, Marislei (2013). *Impacto da utilização de métodos de triagem no atendimento em urgência e emergência. Revista Eletrónica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*. Vol. 4, Nº 4 (2013), (p.1-15).

SILVA, Isabel Soares; VELOSO, Ana Luísa; KEATING, José Bernardo (2014). *Focus Group: uma abordagem qualitativa.* 2014. Disponível em:

%20%26%20Keating%20%282014%29_Focus%20group_RLE.pdf>.

Zhelev, Z., Walker, G., Henschke, F., Fridhandler, J., & Yip, S. (2019, abril). *Prehospital stroke scales as screening tools for early identification of stroke and transient ischemic attack.* Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4*(4), CD011427. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011427>.

World Health Organization (2022). *Stroke.* <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>.

World Stroke Organization (2022). *Global Stroke Fact Sheet 2022.* <https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICADO DE PRESENÇA

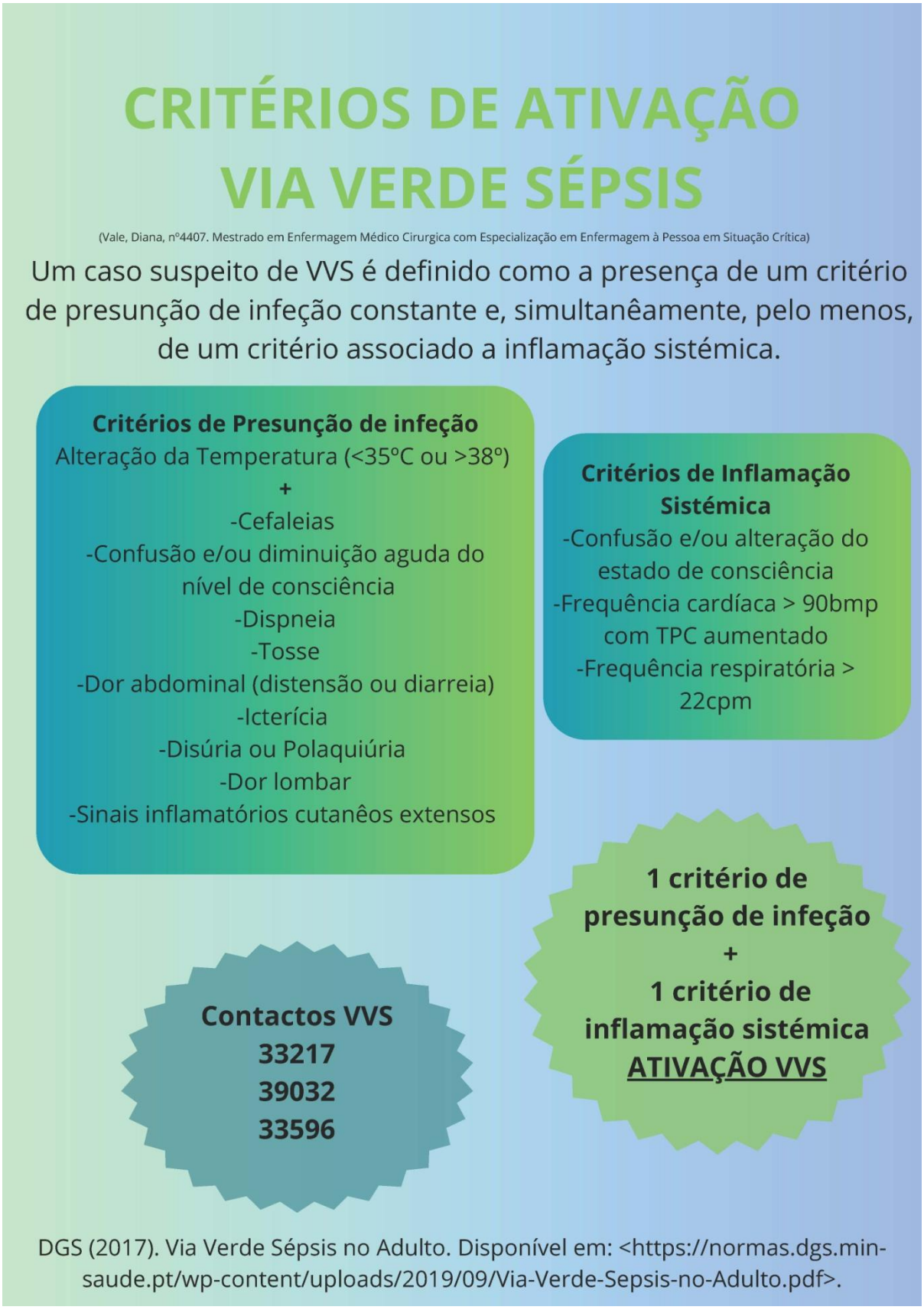
Certifica-se que **Diana Vale** participou no 18º Congresso Português do AVC, realizado no Porto, nos dias 1, 2 e 3 de fevereiro de 2024.

Vítor Tedim Cruz
(Presidente do Congresso e da Direcção da SPAVC)

SPAVC
Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

APÊNDICES

APÊNDICE I: PÓSTER CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO DA VIA VERDE SÉPSIS


CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO
VIA VERDE SÉPSIS
(Vale, Diana, nº4407. Mestrado em Enfermagem Médico Cirurgica com Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)
Um caso suspeito de VVS é definido como a presença de um critério de presunção de infeção constante e, simultanêamente, pelo menos, de um critério associado a inflamação sistémica.
Critérios de Presunção de infeção
Alteração da Temperatura (<35ºC ou >38º)
+
-Cefaleias
-Confusão e/ou diminuição aguda do nível de consciência
-Dispneia
-Tosse
-Dor abdominal (distensão ou diarreia)
-Icterícia
-Disúria ou Polaquiúria
-Dor lombar
-Sinais inflamatórios cutanêos extensos
Critérios de Inflamação Sistémica
-Confusão e/ou alteração do estado de consciência
-Frequência cardíaca > 90bmp com TPC aumentado
-Frequência respiratória > 22cpm
1 critério de presunção de infeção
+
1 critério de inflamação sistémica
ATIVAÇÃO VVS
Contactos VVS
33217
39032
33596
DGS (2017). Via Verde Sépsis no Adulto. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>.

APÊNDICE II: GUIÃO DO *FOCUS GROUP*

GUIÃO *FOCUS GROUP* - INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA VIA VERDE DO AVC

Este *Focus Group* tem como objetivo explorar e descrever as intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Via Verde do AVC.

Com a identificação destas intervenções, espera-se contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas dos enfermeiros especialistas que cuidam diariamente dos utentes vítimas de AVC em fase aguda, assim como, identificar possíveis oportunidades de melhoria de formação dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

A escolha dos participantes foi intencional, tendo como critérios de inclusão serem enfermeiros especialistas em EMC, considerados peritos pelos pares, que exercem funções num Serviço de Urgência.

Todos os participantes neste estudo de investigação, assinaram previamente o consentimento informado livre e esclarecido da ESSNorteCVP, assim como, o consentimento informado para realização de videogravação e a sua confidencialidade será sempre preservada durante todo o estudo de investigação.

Todos os dados recolhidos ao longo deste estudo de investigação, estarão apenas disponibilizados para o investigador principal, sendo garantido que será para uso exclusivo deste estudo de investigação, sendo guardados em disco rígido pessoal, durante o período de concretização deste estudo de investigação até 1 ano após a sua conclusão.

O AVC é considerado a principal causa de incapacidade no mundo e a segunda principal causa de morte sendo que o risco vitalício de desenvolver um AVC aumentou em 50% nos últimos 17 anos. O enfermeiro especialista tem um papel fulcral no atendimento ao utente vítima de AVC, desde o momento de inicio de sintomatologia, com a ativação das equipas de emergência pré-hospitalar, assim como, ao longo de todo o processo no serviço de urgência desde a triagem ao acompanhamento em sala de emergência e posterior encaminhamento para os serviços especializados para realizar o tratamento endovascular e/ou internamento em Unidades de AVC.

A utilização de *Focus Group* para descrever as intervenções autónomas dos enfermeiros especialistas na Via Verde do AVC, é justificada pela capacidade desta metodologia capturar a complexidade e a riqueza das práticas clínicas. A interação entre os participantes, a contextualização das práticas, a identificação de padrões e a validação dos dados, são aspetos que tornam o *Focus Group* uma escolha metodológica valiosa para este tipo de investigação.

Questão 1 - Qual a diferença da presença de um EE em EMC na triagem numa ativação de Via Verde do AVC?

Questão 2 - Qual é a maior dificuldade que sentem na ativação da Via Verde do AVC?

Questão 3 - Qual é a vantagem de existir um EE em EMC no diagnóstico/tratamento destes utentes na Sala de Emergência?

Questão 4 - Sentem que há necessidade de formação periódica acerca da Via Verde do AVC?

Questão 5 - Quais são as intervenções autónomas do EE em EMC na Ativação da Via Verde do AVC?

APÊNDICE III: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO

Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA[1] E A CONVENÇÃO DE OVIEDO[2]

Este documento, designado ***Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre****, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

A presente entrevista surge no âmbito de um estudo de investigação realizado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, orientado pelo Professor Doutor André Leão.

Pretende identificar as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na Via Verde AVC, no dia a dia de um Serviço de Urgência Médico-Cirurgico, sendo que o AVC deve ser tratado como uma emergência médica e, na sua gestão, o tempo é, evidentemente, uma variável crítica.

As entrevistas terão a duração aproximada de 90 minutos, via Microsoft Teams e serão gravadas, caso não exista oposição do/a entrevistado/a, sendo estas destruídas até 12 meses após a prestação de prova pública de mestrado.

Será efetuada uma transcrição parcial das entrevistas. Na apresentação de dados, poderão ser transcritos excertos, devidamente citados e sempre garantindo o caráter totalmente anónimo.

Esta entrevista tem o caráter voluntário na participação e não acarreta quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros, caso não pretenda participar.

A informação recolhida é anónima e confidencial, com uso exclusivo dos dados para o presente estudo de investigação. Em qualquer caso, a sua identificação nunca será tornada pública. A sua colaboração é da maior importância e contributo fundamental para atingir o objetivo proposto.

Muito grata pela sua participação e contributo!

Assinatura do investigador: Diana Isabel Amorim Coimbra Vale

[1] http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comum/%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

[2] http://dre.pt/pdf1sdip/2001/03/052A00/00140036.pdf

Q190-2

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Data: ___/___/_____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE