

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E À FAMÍLIA PÓS-
PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA**

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS FOR THE
CRITICALLY ILL PERSON AND FAMILY AFTER CARDIAC
ARREST

Sara Patricia Cabaça da Silva

**Almada
2026**

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E À FAMÍLIA PÓS-
PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA**

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS FOR THE
CRITICALLY ILL PERSON AND FAMILY AFTER CARDIAC
ARREST

Sara Patricia Cabaça da Silva

Trabalho elaborado sob a orientação da Professora Doutora
Cidália Maria da Cruz Silva Patacas de Castro

Almada

2026

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão
pública

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório de estágio representa não apenas a concretização de um percurso académico exigente, mas também a superação de inúmeros desafios pessoais e profissionais. Por isso, é com profundo reconhecimento e gratidão que dirigo estas palavras a todos aqueles que contribuíram para que esta etapa fosse possível.

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus filhos, que, à sua maneira e com a genuinidade própria da infância, souberam compreender as muitas horas de ausência e os momentos em que o cansaço e a dedicação à jornada académica se impuseram às nossas rotinas familiares. A eles dedico esta conquista, pelo amor incondicional, pela paciência e pela força silenciosa que sempre me inspiraram. Expresso igualmente o meu profundo reconhecimento à família, que, como sempre, esteve presente para apoiar e amparar os meus filhos sempre que estive ausente, permitindo-me prosseguir este percurso com a tranquilidade e a confiança necessárias.

Aos amigos que, com paciência, me ouviram nas horas em que as dificuldades pareciam maiores do que eu, deixo o meu agradecimento por cada palavra de ânimo e incentivo.

A todos os meus colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem, agradeço a entereza, o companheirismo e a capacidade de partilhar cada desafio, cada conquista e cada superação. Um agradecimento muito especial aos colegas do curso que, além de companheiros de percurso formativo, são também colegas de serviço, com quem partilhei não só este desafio, mas também o compromisso diário com o cuidar. O apoio, a compreensão e o incentivo mútuo tornaram este caminho mais leve e significativo.

Aos orientadores de estágio, um sincero agradecimento pela orientação, disponibilidade e partilha de saberes que tanto enriqueceram esta caminhada.

Agradeço de forma muito especial à Professora Doutora Cidália Castro, pela paciência, compreensão e apoio constante ao longo deste percurso. A sua dedicação, incentivo e disponibilidade foram fundamentais para que este desafio pudesse ser concluído com sucesso.

A todos, o meu mais sincero e sentido obrigado.



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro, sob compromisso de honra, que atuei com rigor e integridade na elaboração do presente trabalho académico. Asseguro que não recorri a práticas de plágio, falsificação de informação ou qualquer outra forma de utilização indevida em nenhuma das etapas do seu desenvolvimento. Declaro ainda que conheço e respeitei integralmente o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.



LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

AHA – *American Heart Association*

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EEG – Eletroencefalograma

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPI – Equipamento de Proteção Individual

g/dL – gramas por decilitro

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

INR – *International Normalized Ratio*

ISBAR – Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendações

mg/dL – miligramas por decilitro

mL/kg/h – mililitros por quilograma por hora

mmHg – milímetros de mercúrio

mmol/L – milimoles por litro

MODEX – *Modular Exercise*

°C – graus Celsius

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Pressão Arterial Média



PBE – Prática Baseada na Evidência
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PIC – Pressão Intracraniana
PPS – *Point Prevalence Survey*
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RAM – Resistência Antimicrobiana
RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*
RCE – Retorno da Circulação Espontânea
RCP – Reanimação Cardiopulmonar
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SST – Supradesnívelamento do Segmento ST
SUG – Serviço de Urgência Geral
TTM – *Targeted Temperature Management*
UC – Unidade Curricular
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCICOR – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração
ULS – Unidade Local de Saúde
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
JBI – *Joanna Briggs Institute*
DAV – Diretiva Antecipada de Vontade
RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital
AACN – *American Association of Critical-Care Nurses*
SU – Serviço de Urgência
PubMed – Base de dados biomédica
EBSCOhost – Base de dados científica



RESUMO

O presente relatório de estágio, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, aborda o tema “Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica e à Família Pós-Paragem Cardiorrespiratória”. Este trabalho integra a experiência formativa adquirida ao longo do percurso formativo. Encontra-se alicerçado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que norteou todo o percurso, assim como a reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), bem como das competências associadas ao grau de mestre em Enfermagem. Neste sentido, apresenta-se a descrição das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, nomeadamente um Serviço de Urgência Geral (SUG), uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

A paragem cardiorrespiratória (PCR) constitui uma das principais emergências médicas, com elevada morbilidade e mortalidade, que exige uma resposta rápida, competente e coordenada. As intervenções do enfermeiro especialista (EE), após o evento, assumem um papel central na estabilização clínica, na vigilância contínua, na prevenção de complicações e no apoio à família, promovendo uma transição segura e humanizada.

No âmbito investigativo, afim de aprofundar conhecimentos e contribuir para a Prática Baseada na Evidência (PBE), foi realizada uma scoping review, segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), com o objetivo de mapear na evidência científica as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em situação crítica (PSC) e à família no período pós-PCR.

A análise das experiências vividas permitiu adquirir, desenvolver e consolidar competências técnicas, éticas e relacionais, em conformidade com os Regulamentos das Competências Comuns do EE, com as Competências Específicas do EEEMCPSC, e com os descritores de Dublin, que orientam o segundo ciclo de estudos e com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Este percurso contribuiu para a consolidação de uma prática clínica diferenciada, fundamentada na evidência e centrada nas necessidades da PSC e da família.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Família; Paragem Cardiorrespiratória; Cuidados pós-reanimação.



ABSTRACT

This internship report, developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the field of Critical Care Nursing, addresses the topic “Specialized Nursing Interventions for the Critically Ill Person and Family Following Cardiac Arrest”. This work integrates the learning experiences acquired throughout the educational pathway and is grounded in Afaf Meleis’ Transitions Theory, which guided the entire process, as well as in a critical reflection on the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care, as well as the competencies associated with the Master’s degree in Nursing. In this context, the report presents the activities developed during clinical placements, namely in a General Emergency Department, an Intensive Care Unit, a Coronary Intensive Care Unit, and in a Prehospital Emergency Medical Vehicle.

Cardiac arrest represents one of the main medical emergencies, with high morbidity and mortality, requiring a rapid, competent, and coordinated response. Specialist nursing interventions following this event play a central role in clinical stabilization, continuous monitoring, prevention of complications, and family support, promoting a safe and humanized transition.

From a research perspective, and in order to deepen knowledge and contribute to Evidence-Based Practice (EBP), a scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, aiming to map the scientific evidence regarding nursing interventions directed at the critically ill person and family in the post-cardiac arrest period.

The analysis of the experiences enabled the acquisition, development, and consolidation of technical, ethical, and relational competencies, in accordance with the Common Competencies of the Specialist Nurse, the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care, and the Dublin Descriptors guiding the second cycle of studies. This pathway contributed to the consolidation of a differentiated clinical practice, grounded in evidence and focused on the needs of the critically ill person and their family.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critically Ill Person; Family; Cardiac Arrest; Post-resuscitation Care.



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 A Pessoa em Situação Crítica e a Família Pós-Paragem Cardiorrespiratória	14
1.2 Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica e à Família Pós-Paragem Cardiorrespiratória.....	18
1.3 A Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	24
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	29
2.1 Caracterização dos Contextos de Estágio	31
2.1.1 Serviço de Urgência Geral	32
2.1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	34
2.1.3 Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.....	37
2.1.4 Viatura Médica de Emergência e Reanimação.....	40
2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	42
2.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	69
APÊNDICES	75
Apêndice I – Resumo de Scoping Review: Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica e à Família Pós- Paragem Cardiorrespiratória.....	76
Apêndice II - Póster: “A Importância da Prática Simulada dos Enfermeiros na Resposta a Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe”.....	78
Apêndice III - Póster: “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Submetida a VNI”.....	80
Apêndice IV - Póster: “Cuidados Pós-Reanimação”	82
ANEXOS	84
Anexo I - Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023.....	85
Anexo II - Certificado de Participação nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios.....	87
Anexo III - Certificado Do Curso de Formação SAV Módulo Suporte Avançado de Vida.....	89
Anexo IV - Certificado Do Curso de Formação Módulo Emergências Pediátricas e Obstétricas	92
Anexo V - Certificado Do Curso de Formação Módulo Emergências Médicas	95

Anexo VI - Certificado Do Curso de Formação Módulo Emergências Trauma.....	98
Anexo VII - Certificado Do Curso de Formação Módulo Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção.....	101
Anexo VIII - Certificado de Participação no Exercício EU MODEX.....	104
Anexo IX - Certificado de Competência de Enfermeiro de VMER.....	106

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Opção I – Estágio e Relatório, integrada no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC. Este trabalho tem como finalidade evidenciar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências essenciais ao exercício da função de EE nesta área de intervenção, bem como refletir a consolidação das competências inerentes ao grau académico de Mestre em Enfermagem. Neste sentido, procura-se demonstrar a capacidade de análise crítica, de integração do conhecimento científico na prática clínica e de produção de conhecimento aplicado ao contexto da enfermagem especializada.

O tema central do relatório, intitulado “Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica e à Família Pós-Paragem Cardiorrespiratória”, emergiu da necessidade de aprofundar a análise e a reflexão crítica sobre o papel do EE na prestação de cuidados diferenciados à PSC e à sua família após um evento de PCR. Trata-se de um contexto caracterizado por elevada complexidade clínica, imprevisibilidade e risco vital, com repercussões significativas não apenas na condição física da pessoa, mas também na dinâmica emocional e relacional da família.

A PCR constitui uma emergência médica súbita e potencialmente fatal, cuja sobrevivência depende de uma intervenção rápida, eficaz e coordenada. Mesmo quando ocorre recuperação da circulação espontânea (RCE), o período pós-PCR é frequentemente marcado por instabilidade fisiológica, risco de complicações neurológicas e necessidade de vigilância intensiva e de intervenções clínicas especializadas. Paralelamente, a família enfrenta frequentemente sentimentos de medo, incerteza, sofrimento emocional e, em alguns casos, luto antecipado, exigindo uma abordagem de cuidados que integre não apenas a dimensão técnica, mas também o apoio emocional, a comunicação terapêutica e o acompanhamento ao longo do processo de recuperação.

Neste contexto, o EE assume um papel determinante na prestação de cuidados altamente diferenciados, articulando competências técnicas, científicas e relacionais que permitam garantir a segurança, a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados à PSC e à sua família. Assim, o presente relatório tem como objetivos evidenciar a trajetória decorrida no desenvolvimento e aquisição das competências comuns do EE, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019, das competências específicas do EEEMCPSC, estabelecidas no Regulamento n.º 429/2018, e das

competências associadas ao grau de mestre, conforme preconizado pelos descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos e consagradas no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março.

O percurso formativo decorreu em diferentes contextos clínicos, permitindo uma experiência abrangente e integrada do cuidado à PSC. Este incluiu a realização de estágios num SUG, numa UCIP, numa UCICOR e na VMER, perfazendo um total de 540 horas de prática clínica. No contexto da UCICOR, foi ainda possível realizar períodos de observação no Laboratório de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção e no Laboratório de Pacing e Eletrofisiologia, o que contribuiu para o aprofundamento do conhecimento técnico-científico relacionado com o diagnóstico e tratamento das patologias cardiovasculares agudas.

O percurso desenvolvido foi sustentado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que constituiu o referencial teórico subjacente a este trabalho. Esta teoria oferece um quadro conceptual que orienta a prática de enfermagem no acompanhamento das transições vividas pela pessoa e pela família em processos de saúde-doença, facilitando a adaptação, a estabilidade e o bem-estar. Considerou-se, assim, que esta perspetiva teórica é particularmente adequada ao cuidado à pessoa e à família após uma PCR, período que representa uma transição crítica marcada por instabilidade fisiológica, emocional e relacional.

Para além das experiências clínicas proporcionadas pelos estágios, a aprendizagem foi complementada com a participação em diversas formações e eventos científicos que contribuíram para o aprofundamento do conhecimento e para a consolidação de uma prática baseada na evidência científica. Destacam-se, neste âmbito, a formação avançada em Suporte Avançado de Vida (SAV) e em Emergências Médicas, Pediátricas e Obstétricas, Emergências Trauma e Transporte do Doente Crítico e Situação de Exceção, bem como a participação no Congresso Internacional do Doente Crítico (2023), nas III Jornadas de Enfermagem – *ONE HEALTH: Conquistas e Desafios* e no exercício europeu MODEX 2025.

O presente relatório apresenta, de forma descritiva e reflexiva, as experiências vivenciadas ao longo deste percurso formativo, evidenciando de que forma cada contexto contribuiu para o desenvolvimento das competências definidas para o EEEMCPSC, articuladas com os domínios do conhecimento científico, da investigação e da tomada de decisão ética e responsável.

Para facilitar a compreensão do percurso desenvolvido, o relatório encontra-se organizado em dois capítulos principais. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, no qual se

contextualiza o tema e se aprofundam as bases conceptuais que sustentam o trabalho, nomeadamente a PSC e a família no contexto pós-PCR, as intervenções de enfermagem especializada neste contexto e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. O segundo capítulo apresenta a análise crítica e reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do percurso de estágio, incluindo a caracterização dos contextos de prática clínica e a análise das competências comuns do EE, das competências específicas do EEEMCPSC e das competências inerentes ao grau de mestre.

A elaboração deste relatório seguiu as normas da American Psychological Association (APA, 7.^a edição), respeitando igualmente o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. Pretende-se, assim, que este trabalho contribua não apenas para a sistematização do percurso formativo desenvolvido, mas também para a reflexão crítica sobre a prática de enfermagem especializada no cuidado à PSC e à sua família no período pós-PCR. Desta forma, procura-se reforçar a importância das intervenções de enfermagem especializada sustentadas na evidência científica, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a valorização do papel do EE na resposta a situações clínicas de elevada complexidade.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente, os profissionais de saúde e as instituições que os integram enfrentam exigências crescentes no sentido de assegurar um desempenho de elevado nível, pautado pela qualidade, segurança e eficiência dos cuidados prestados. Neste contexto, torna-se imprescindível o recurso à PBE, enquanto abordagem estruturante que sustenta decisões clínicas informadas e seguras, ancoradas na melhor evidência científica disponível (Connor et al., 2023).

A PBE, ao promover a integração do conhecimento científico atualizado com a experiência clínica e as preferências da pessoa, afirma-se como um pilar fundamental para a melhoria contínua da prática de enfermagem. Ao EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica exige-se, assim, que fundamente a sua atuação nas melhores evidências disponíveis, assegurando a implementação de cuidados qualificados, diferenciados e orientados para resultados sensíveis à prática de enfermagem, particularmente relevantes no cuidado à PSC (Regulamento n.º 429/2018).

O presente capítulo encontra-se estruturado em três subcapítulos. No primeiro, procede-se à abordagem da PSC e da família no contexto pós-PCR. No segundo, analisam-se as principais intervenções de enfermagem especializada dirigidas à pessoa e à família neste período de elevada vulnerabilidade clínica e emocional. Por fim, o terceiro subcapítulo apresenta uma síntese conceptual à Teoria das Transições de Afaf Meleis, que constitui o referencial teórico subjacente ao desenvolvimento do percurso formativo e à reflexão crítica das experiências vivenciadas.

1.1 A Pessoa em Situação Crítica e a Família Pós-Paragem Cardiorrespiratória

Antes de abordar as intervenções de enfermagem especializada dirigidas à PSC e à sua família no contexto pós-PCR, importa clarificar os conceitos fundamentais que sustentam o enquadramento teórico deste trabalho, garantindo rigor conceptual, coerência científica e uniformidade terminológica.

A PSC é definida como aquela cuja vida se encontra ameaçada em consequência da falência, ou iminência de falência, de uma ou mais funções vitais, dependendo da utilização de recursos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para a manutenção da vida (Regulamento n.º 124/2011). Os cuidados de enfermagem dirigidos à PSC caracterizam-se pela sua elevada complexidade, sendo prestados de forma contínua, sistematizada e especializada, com o objetivo de responder às necessidades humanas comprometidas, assegurar a manutenção das funções básicas de

vida, prevenir complicações, limitar incapacidades e promover a recuperação global da pessoa (Regulamento n.º 124/2011).

No que respeita ao conceito de família, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®) define-a como uma unidade social ou um coletivo constituído por indivíduos ligados por relações de consanguinidade, afinidade, vínculos emocionais ou legais, sendo considerada um sistema relacional dinâmico que transcende a simples soma dos seus membros (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2019). Esta perspetiva sistémica reforça a necessidade de reconhecer a família como unidade de cuidado, particularmente em contextos de elevada complexidade clínica e emocional, como ocorre após uma PCR.

A PCR caracteriza-se pela cessação súbita da circulação sistémica na pessoa, associada à ausência de atividade respiratória, constituindo uma das emergências médicas mais graves e potencialmente fatais. Apesar do seu impacto devastador, trata-se de uma condição potencialmente reversível quando a resposta clínica é imediata e adequada, exigindo uma equipa de saúde altamente diferenciada, tanto em contexto extra-hospitalar como intra-hospitalar (Pereira et al., 2021).

A nível mundial, a PCR é reconhecida como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com uma incidência anual estimada entre 30 e 97 pessoas por cada 100 mil habitantes (Hirsch et al., 2024). Na Europa, estima-se a ocorrência anual de 350.000 a 700.000 episódios, correspondendo a uma incidência entre 55 e 113 casos por cada 100 mil habitantes (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2019). Em 2017, a incidência de pessoas em PCR extra-hospitalar na Europa variou entre 67 e 170 casos por 100 mil habitantes, dos quais apenas 50% a 60% resultaram em tentativas de reanimação (Gräsner et al., 2021; INEM, 2019). Em Portugal, os dados do Registo Nacional de PCR Pré-Hospitalar evidenciam a dimensão desta problemática: em 2020, registaram-se 19.913 casos de pessoas em PCR extra-hospitalar, tendo sido iniciadas manobras de reanimação em 73% das situações, um valor superior à média europeia. Contudo, apenas 616 pessoas recuperaram sinais de circulação espontânea, correspondendo a 4,2% das tentativas de reanimação, e apenas 49 sobreviveram até à alta hospitalar (INEM, 2021).

No contexto intra-hospitalar, a PCR tende a ser precedida por sinais de deterioração clínica progressiva, como hipoxemia e hipotensão, que nem sempre são reconhecidos ou tratados atempadamente. A incidência situa-se entre 1 e 5 casos por cada 1.000 internamentos (INEM, 2019). Apesar de a identificação precoce destes sinais poder melhorar o prognóstico, a taxa global de

sobrevivência até à alta hospitalar permanece reduzida, situando-se em cerca de 23% (Hirsch et al., 2024). De forma consistente, a evidência científica demonstra que a maioria das mortes após a reanimação ocorre nas primeiras 24 horas, sublinhando a relevância crítica dos cuidados pós-PCR na redução da mortalidade precoce e tardia (American Heart Association [AHA], 2021).

Embora o European Resuscitation Council tenha destacado, em 2005, a importância dos cuidados à pessoa pós-PCR como determinantes no sucesso da reanimação, foi apenas em 2010 que a AHA integrou, de forma sistematizada, um algoritmo específico para a abordagem da pessoa no período pós-reanimação, com o objetivo de uniformizar práticas e melhorar os resultados clínicos (Pereira et al., 2021). Desde então, a abordagem à PSC pós-PCR tem vindo a ser progressivamente refinada, reconhecendo-se não apenas o impacto destes cuidados na sobrevivência e no prognóstico neurológico, mas também a necessidade de uma intervenção simultaneamente centrada na pessoa e na família.

O conjunto de alterações fisiopatológicas que ocorre na pessoa após uma PCR, resultante da isquemia global, da resposta de reperfusão associada à reanimação cardiopulmonar (RCP) e do RCE, é designado por síndrome pós-PCR. Esta síndrome engloba quatro componentes principais: lesão cerebral, disfunção miocárdica, resposta sistémica à isquemia/reperfusão e persistência da patologia precipitante da PCR. A sua gravidade está diretamente relacionada com a duração e a causa da PCR, podendo não se manifestar em situações de curta duração (INEM, 2019).

A lesão cerebral na PSC constitui um dos principais determinantes de mortalidade e incapacidade após a PCR, sendo responsável por cerca de dois terços das mortes e por aproximadamente 25% dos óbitos em contexto intra-hospitalar. Esta lesão compreende uma fase primária, decorrente da isquemia cerebral global e da reperfusão inicial, e uma fase secundária, que se desenvolve nas horas e dias subsequentes ao RCE, associada a fenómenos como hipoxia, hiperoxia, edema cerebral, elevação da pressão intracraniana (PIC) e convulsões (Hirsch et al., 2024; INEM, 2019). As manifestações clínicas incluem coma, convulsões, mioclonias, disfunção cognitiva de gravidade variável e morte cerebral (Hirsch et al., 2024; INEM, 2019).

Apesar da investigação desenvolvida em torno de biomarcadores e técnicas de imagem para a avaliação da lesão neurológica, a evidência atual demonstra que nenhuma destas ferramentas permite prever, de forma isolada e fiável, o prognóstico neurológico precoce em pessoas em estado comatoso pós-PCR (INEM, 2019). Acresce que, nas primeiras 24 horas após a PCR, a PSC não apresenta sinais

neuroológicos clinicamente fiáveis que permitam antecipar um mau prognóstico, limitando de forma significativa a estratificação prognóstica neste período inicial. Apenas a ausência de reflexo pupilar ou corneano às 72 horas se assume como indicador robusto de prognóstico neurológico reservado. Estes constrangimentos reforçam a necessidade de prudência na interpretação precoce dos dados clínicos e na tomada de decisões, particularmente no que respeita a decisões relacionadas com o fim de vida, devendo ser sustentadas numa avaliação multimodal, sequencial e temporalmente adequada (Hirsch et al., 2024; INEM, 2019).

Para além da lesão cerebral, a disfunção miocárdica na PSC constitui a principal causa de morte nos primeiros três dias após o RCE. Apesar de frequente, esta complicação não se associa necessariamente a um pior prognóstico neurológico, sendo possível alcançar resultados favoráveis mediante uma abordagem terapêutica rigorosa e diferenciada (INEM, 2019; Hirsch et al., 2024). Paralelamente, a resposta sistémica de isquemia/reperfusão ativa mecanismos inflamatórios e de coagulação semelhantes aos observados na sépsis, contribuindo para a falência multiorgânica e para o aumento do risco infeccioso (INEM, 2019).

Para além do impacto clínico na pessoa, a PCR representa um acontecimento profundamente traumático para a família, sendo frequentemente vivenciada como uma experiência abrupta, marcada por medo, angústia, impotência e intensa incerteza quanto ao prognóstico (Davidson et al., 2017). No contexto dos cuidados intensivos, os familiares apresentam elevados níveis de ansiedade e stress, sobretudo na fase inicial do internamento, em que o ambiente tecnológico, a gravidade clínica e a imprevisibilidade da evolução contribuem significativamente para o sofrimento emocional (Al-Mutair et al., 2013; Abdul et al., 2022).

Reconhecer a família como parte integrante do processo de cuidados implica atender às suas necessidades emocionais, informacionais e relacionais, bem como ao seu papel no apoio à recuperação da PSC. O impacto psicológico da PCR e do internamento em unidades de cuidados intensivos (UCI) pode persistir muito para além da alta hospitalar, afetando a dinâmica familiar, a capacidade de adaptação e o processo de reintegração na vida quotidiana, particularmente quando o sofrimento vivido não é acompanhado por intervenções estruturadas e continuadas (Davidson et al., 2017; Hwang et al., 2025).

Neste contexto, torna-se imperativo que as unidades que prestam cuidados à PSC pós-PCR adotem uma abordagem integral, que contemple não apenas o tratamento da condição clínica, mas

também o suporte emocional e a inclusão da família como unidade de cuidado. Cuidar da família após uma PCR implica reconhecer a sua dor, integrar as suas necessidades no plano de cuidados e promover a sua capacitação, através de intervenções empáticas, informadas e colaborativas, assegurando a continuidade do apoio para além do período de internamento (Hirsch et al., 2024; Hwang et al., 2025).

1.2 Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica e à Família Pós-Paragem Cardiorrespiratória

As intervenções de enfermagem pós-reanimação, prestados à PSC logo após o RCE, assumem uma relevância equivalente à de qualquer outro elo da cadeia de sobrevivência. Iniciar estes cuidados de forma precoce visa aumentar a taxa de sobrevivência até à alta hospitalar. Sempre que a reanimação é bem-sucedida, é essencial manter os cuidados pós-reanimação para preservar a integridade dos órgãos vitais como o cérebro e o coração (INEM, 2019).

Os cuidados pós-reanimação de elevada qualidade envolvem uma abordagem especializada, baseada nos complexos processos fisiopatológicos que ocorrem antes, durante e após a PCR. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental neste período, uma vez que são responsáveis pela avaliação e gestão da resposta da pessoa às complicações de saúde, além de monitorizarem e implementarem intervenções prescritas por outros profissionais (Zali et al., 2024b).

A necessidade de assegurar um desempenho altamente qualificado e diferenciado na prestação de cuidados à pessoa e família pós-PCR sustentado na mais recente evidência científica, e orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, motivou, no início deste percurso, a realização de uma Revisão Scoping, com o objetivo de mapear na evidência as intervenções de enfermagem à PSC e à sua família no período pós-PCR, para dar resposta à seguinte questão de investigação: “Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica e à família pós-paragem cardiorrespiratória?” (Apêndice I).

A pesquisa efetuada nas bases de dados PubMed e EBSCOhost permitiu identificar, numa fase inicial, 459 artigos, dos quais cinco cumpriram os critérios de elegibilidade previamente definidos. A análise indutiva dos estudos incluídos, segundo o método de análise temática de Braun et al. (2019), conduziu à identificação de duas categorias principais de intervenção: Intervenções de enfermagem dirigidas à PSC pós-PCR e Intervenções de enfermagem dirigidas à família da PSC pós-PCR.

No que concerne às intervenções de enfermagem dirigidas à PSC pós-PCR, estas centram-se, predominantemente, na estabilização clínica imediata, na monitorização contínua e na prevenção de lesão secundária, assumindo um papel determinante na evolução clínica e no prognóstico funcional da pessoa.

A monitorização rigorosa e contínua dos sinais vitais emerge como uma intervenção central nos estudos analisados (Olsson et al., 2021; Zali et al., 2024b). Esta vigilância permite a identificação precoce de alterações hemodinâmicas, respiratórias e metabólicas, favorecendo uma intervenção atempada e prevenindo a deterioração clínica. A disfunção miocárdica pós-PCR, presente em aproximadamente 50% a 70% das pessoas, manifesta-se frequentemente por hipotensão e arritmias, sendo a hipotensão um dos principais fatores associados à deterioração neurológica e ao aumento da mortalidade (Hirsch et al., 2024; INEM, 2019). Neste contexto, a atuação do enfermeiro na monitorização hemodinâmica contínua e na titulação de terapêutica vasoativa, em articulação com a equipa médica, assume particular relevância.

As diretrizes da AHA recomendam a manutenção de uma pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg (AHA, 2020); contudo, evidência mais recente sugere que alvos hemodinâmicos mais elevados, entre 80 e 100 mmHg, podem ser seguros e potencialmente benéficos, sobretudo quando ajustados à autorregulação cerebrovascular individual (Hirsch et al., 2024). A definição destas metas exige uma abordagem individualizada, considerando fatores como a disfunção miocárdica, a etiologia do choque, a pressão arterial basal e a presença de lesão cerebral, reforçando o papel do EE no raciocínio clínico, na vigilância contínua e na individualização dos cuidados.

A avaliação e monitorização contínua do estado neurológico constitui outro pilar fundamental dos cuidados à PSC pós-PCR, atendendo ao elevado risco de lesão cerebral hipóxico-isquémica associado a este evento (Olsson et al., 2021; Zali et al., 2024a). A deteção precoce de sinais de agravamento neurológico permite a realização atempada de exames complementares de diagnóstico, a adaptação da estratégia terapêutica e pode influenciar positivamente o prognóstico neurológico e funcional da pessoa. Recomenda-se a realização de uma monitorização neurológica sistemática, preferencialmente com intervalos de uma a duas horas na fase inicial, reforçando-se a vigilância nos primeiros cinco dias após o RCE, período identificado como de maior risco para deterioração neurológica (Hirsch et al., 2024).

A utilização de instrumentos clínicos validados, como a Escala de Coma de Glasgow, a avaliação dos reflexos pupilares e a vigilância sistemática de sinais de atividade convulsiva, é determinante para uma avaliação neurológica estruturada e consistente (INEM, 2019). A monitorização neurológica multimodal, que integra a avaliação clínica com exames complementares, nomeadamente o eletroencefalograma (EEG) e a imagiologia, permite uma abordagem mais abrangente do estado neurológico da pessoa. A evidência demonstra que o EEG contínuo apresenta maior sensibilidade na deteção de convulsões subclínicas, particularmente entre as 72 e as 120 horas pós-PCR, sobretudo em pessoas que permanecem em coma (Hirsch et al., 2024).

Embora a profilaxia das convulsões não seja recomendada após o RCE, a sua identificação e tratamento precoces constituem intervenções críticas no contexto dos cuidados pós-PCR. As convulsões ocorrem em cerca de 9% a 36% das pessoas que permanecem em coma após o RCE, estando associadas a pior prognóstico neurológico (Hirsch et al., 2024; INEM, 2019). A abordagem terapêutica preconiza a administração de benzodiazepinas como primeira linha, seguida de fármacos antiepiléticos, como o levetiracetam, a fenitoína ou o valproato de sódio, como terapêutica de segunda linha. Em situações refratárias, podem ser utilizadas perfusões contínuas de sedativos, nomeadamente propofol, midazolam ou cetamina. A terapêutica de manutenção deve ser iniciada após o primeiro episódio convulsivo, sendo igualmente fundamental a identificação e correção de causas precipitantes potencialmente reversíveis (Hirsch et al., 2024; INEM, 2019).

A vigilância metabólica, em particular o controlo da glicemia, integra igualmente a monitorização neurológica no período pós-PCR. Existe evidência consistente que associa a hiperglicemia pós-PCR a um pior prognóstico neurológico; contudo, a hipoglicemia está associada a um aumento da mortalidade, especialmente em pessoas em coma, dado o risco acrescido de passar despercebida (Hirsch et al., 2024; INEM, 2019). Assim, recomenda-se a manutenção da glicemia em valores compreendidos entre 81 mg/dL e 180 mg/dL, evitando estratégias de controlo glicémico rigoroso que aumentam o risco de episódios hipoglicémicos (Hirsch et al., 2024; INEM, 2019).

A monitorização contínua da temperatura corporal constitui uma intervenção central na gestão da PSC pós-PCR, particularmente no âmbito do *Targeted Temperature Management* (TTM), estratégia que tem como objetivo reduzir a lesão cerebral secundária em pessoas que permanecem em coma após o RCE (INEM, 2019). Tradicionalmente, o TTM foi implementado com o objetivo de manter a temperatura corporal entre 32 °C e os 36 °C durante um período mínimo de 24 horas; contudo, a evidência mais recente reforça sobretudo a importância da prevenção da hipertermia e da

manutenção rigorosa da normotermia controlada, em detrimento da indução sistemática de hipotermia profunda (Hirsch et al., 2024).

O estudo de Hegazy et al. (2015) evidencia o papel do enfermeiro na correta colocação, vigilância e monitorização de dispositivos de arrefecimento esofágico, demonstrando que esta tecnologia permite atingir e manter eficazmente a temperatura corporal dentro do intervalo terapêutico recomendado, mesmo na presença de episódios febris. Os autores destacam ainda a rapidez de aplicação do dispositivo (inferior a três minutos), bem como a sua segurança, eficácia e facilidade de utilização, reforçando a relevância da intervenção de enfermagem na operacionalização do TTM.

Independentemente da técnica utilizada, a avaliação contínua da resposta clínica ao TTM é essencial, tendo em conta as alterações fisiológicas associadas à hipotermia, nomeadamente distúrbios eletrolíticos, alterações da coagulação, hiperglicemia e diminuição da eliminação de fármacos sedativos (INEM, 2019).

Para além das intervenções clínicas e técnicas, os estudos analisados reconhecem a importância do apoio emocional à pessoa, assim como a educação sobre o evento e o processo de recuperação. Após uma PCR, muitas pessoas apresentam-se confusas, ansiosas ou emocionalmente fragilizadas, o que exige uma vigilância contínua e sensível por parte da equipa de enfermagem no que respeita à identificação de sinais de sofrimento emocional. Neste contexto, o suporte emocional assume-se como intervenção imprescindível, contribuindo para a humanização dos cuidados e para a recuperação psicossocial da PSC (Hegazy et al., 2015; Olsson et al., 2021).

Este suporte emocional deve assentar em escuta ativa e comunicação clara, adaptada à capacidade cognitiva da pessoa, respeitando os seus valores, necessidades e preferências individuais. Compete ao enfermeiro criar um ambiente terapêutico de segurança e confiança, que favoreça o envolvimento da pessoa no seu processo de recuperação e facilite a compreensão do evento crítico vivido. A presença contínua do enfermeiro, a sua disponibilidade emocional e a consistência na relação estabelecida com a pessoa constituem fatores determinantes para a redução da angústia, o restabelecimento do sentido de controlo e a preservação da dignidade da pessoa (Olsson et al., 2021).

No que alude às intervenções de enfermagem dirigidas à família da PSC pós-PCR, esta deve ser considerada uma unidade de cuidado no contexto pós-PCR, sendo alvo de intervenções de enfermagem orientadas para o apoio emocional, a comunicação terapêutica, a inclusão no processo de cuidados e a preparação para a continuidade de cuidados.

O suporte emocional e psicológico à família emerge como uma intervenção transversal em vários estudos (Olsson et al., 2021; Rojas et al., 2023; Waldemar et al., 2023). A PCR é frequentemente vivenciada pelos familiares como um evento altamente traumático, associado a elevados níveis de ansiedade, sofrimento psicológico e risco acrescido de desenvolvimento de perturbações como o stress pós-traumático. Neste contexto, a identificação precoce destas manifestações emocionais e a implementação de estratégias estruturadas de suporte emocional assumem-se como fundamentais para mitigar o impacto emocional do evento e promover a adaptação familiar à situação clínica da pessoa (Hirsch et al., 2024).

A disponibilização de apoio psicológico estruturado revela-se, assim, uma componente crucial dos cuidados pós-PCR dirigidos à família. Intervenções como grupos de apoio, sessões de aconselhamento individual, acompanhamento psicológico ao longo do internamento e no período pós-alta, bem como a disponibilização de recursos educativos sobre o processo de recuperação e reabilitação, têm demonstrado benefícios significativos na redução do sofrimento emocional e na promoção do ajustamento familiar. A integração destas intervenções nos planos de cuidados exige uma articulação estreita com a equipa multidisciplinar, assegurando uma resposta coordenada, contínua e ajustada às necessidades identificadas (Douma et al., 2021).

Neste âmbito, a colaboração entre enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde revela-se essencial para garantir a continuidade dos cuidados e a personalização das intervenções, respeitando os valores, expectativas e especificidades culturais de cada núcleo familiar. O enfermeiro, pela sua proximidade contínua à pessoa e à família, assume um papel central na identificação das necessidades emocionais, na facilitação do acesso a recursos de apoio e na promoção de uma abordagem verdadeiramente centrada na família (Hwang et al., 2025).

A comunicação clara, contínua e estruturada é amplamente reconhecida como um eixo central das intervenções dirigidas à família da PSC pós-PCR. A prestação de informação honesta, empática e ajustada ao nível de literacia em saúde dos familiares contribui para a redução da incerteza, o fortalecimento da confiança na equipa de saúde e para o apoio à tomada de decisões informadas (Davidson et al., 2017; Bloomer et al., 2020). A comunicação tem sido, de forma consistente, identificada como uma das intervenções mais eficazes na mitigação do sofrimento familiar, sendo a clareza, a regularidade e a empatia na transmissão de informações sobre o estado clínico da pessoa determinantes na redução da angústia emocional (Davidson et al., 2017).

Para além do conteúdo da informação transmitida, a disponibilidade dos profissionais de saúde para esclarecer dúvidas, validar emoções e responder às preocupações da família assume particular relevância no contexto pós-PCR. Atualizações regulares, coerentes e realizadas por uma equipa estável contribuem para promover um ambiente de confiança, segurança e transparência, reforçando a perceção de apoio por parte da família (Davidson et al., 2017).

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel privilegiado enquanto mediador da comunicação entre a equipa interdisciplinar e a família, decorrente da sua proximidade contínua à pessoa internada e do contacto frequente com os familiares. Compete-lhe facilitar a compreensão do estado clínico, do plano terapêutico e do prognóstico, adequando a linguagem às necessidades e capacidades da família, bem como criar um espaço de escuta ativa e validação emocional. Estas competências comunicacionais são fundamentais para assegurar uma abordagem centrada na família e para promover uma relação terapêutica baseada na confiança, no respeito e na parceria nos cuidados (Bloomer et al., 2020).

A inclusão da família no processo de cuidados, incluindo a possibilidade de presença durante a reanimação ou outros momentos críticos, é descrita como uma prática promotora da humanização dos cuidados e de uma melhor adaptação emocional dos familiares, ainda que associada a desafios de natureza ética, emocional e organizacional (Waldemar et al., 2023). A abordagem centrada na família, que privilegia o seu envolvimento nas decisões clínicas e, sempre que possível, na prestação de cuidados, tem sido reconhecida como promotora de melhores resultados, tanto para a PSC como para o seu núcleo familiar (Mitchell et al., 2009; Rojas et al., 2023).

Este envolvimento pode concretizar-se através de diversas estratégias, nomeadamente a flexibilização dos horários de visita, a partilha ativa na tomada de decisão, a participação em cuidados básicos ou em momentos do processo de reabilitação e a presença durante procedimentos clínicos, sempre que adequado e salvaguardadas as condições de segurança. Estas práticas favorecem a compreensão da situação clínica, promovem o sentimento de inclusão e reduzem a perceção de isolamento e exclusão frequentemente experienciada pela família, contribuindo para uma vivência mais positiva do internamento em cuidados intensivos (Rojas et al., 2023).

Em consonância com as orientações de Mitchell et al. (2019) e Hirsch et al. (2024), a inclusão da família nos cuidados intensivos deve ser sustentada por uma avaliação contínua das necessidades, preferências e capacidades da família, bem como por uma comunicação clara e suporte adequado por parte da equipa de saúde. O enfermeiro, enquanto profissional de proximidade, desempenha um

papel fundamental na facilitação deste envolvimento, assegurando que a participação da família ocorre de forma informada, segura e respeitadora dos valores e limites de cada núcleo familiar, reforçando assim uma prática verdadeiramente centrada na pessoa e na família.

A educação da família sobre o evento, o prognóstico e os cuidados necessários é igualmente salientada como uma intervenção essencial. A explicação dos procedimentos clínicos, incluindo o uso de tecnologias complexas, contribui para a redução da ansiedade e para a promoção do envolvimento da família no processo de cuidados (Hegazy et al., 2015; Olsson et al., 2021).

Por fim, a preparação para o regresso a casa e a continuidade de cuidados assumem particular relevância, uma vez que o impacto da PCR se prolonga para além do internamento hospitalar. A capacitação da família para os cuidados no domicílio, o reconhecimento de sinais de alerta e a articulação com recursos comunitários e serviços de apoio psicológico e social constituem intervenções fundamentais para promover a segurança, prevenir eventos adversos e apoiar a adaptação à nova realidade (Wang et al., 2020).

1.3 A Teoria das Transições de Afaf Meleis

A PCR constitui um evento súbito, inesperado e potencialmente fatal, que coloca a pessoa numa condição de extrema vulnerabilidade e confronta a família com uma rutura abrupta da normalidade. O período pós-PCR configura-se, assim, como uma fase crítica, marcada por instabilidade fisiológica, incerteza prognóstica e elevado impacto emocional, relacional e social, tanto para a pessoa como para a sua família. Neste contexto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis assume particular relevância enquanto referencial teórico para compreender as múltiplas transições vivenciadas pela PSC e pela sua família, bem como para orientar a intervenção do EE ao longo deste processo complexo.

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, é uma teoria de médio alcance que procura compreender e explicar as experiências de transição associadas aos processos de saúde-doença, desenvolvimento e mudança situacional. Segundo Meleis (2010), as transições correspondem a processos dinâmicos que envolvem alterações nos papéis, relações, comportamentos, expectativas e competências, exigindo da pessoa e da família a mobilização de novos recursos internos e externos. Os enfermeiros assumem um papel central neste processo, uma vez que cuidam de pessoas que estão

a vivenciar, antecipar ou completar uma ou mais transições que afetam profundamente a sua saúde e o seu bem-estar.

De acordo com Meleis et al. (2000), os enfermeiros preparam, acompanham e apoiam as pessoas e as famílias ao longo das transições, facilitando o desenvolvimento de competências, a aprendizagem e a adaptação às novas condições impostas pela experiência de saúde-doença. Neste sentido, a Teoria das Transições fornece um quadro conceptual que permite ao enfermeiro identificar necessidades, antecipar riscos e implementar intervenções que promovam transições saudáveis, reduzindo a vulnerabilidade associada a períodos de mudança crítica, como ocorre no período pós-PCR.

No âmbito desta teoria, Meleis identifica quatro tipos de transições: de desenvolvimento, situacionais, organizacionais e saúde-doença (Meleis et al., 2010). Estas transições não são mutuamente exclusivas, podendo ocorrer de forma simultânea e sobreposta, tanto ao nível individual como familiar e social (Santos et al., 2016). No contexto da PCR, a pessoa vivencia predominantemente uma transição saúde-doença, caracterizada pela passagem abrupta de um estado de relativa estabilidade para uma condição crítica, frequentemente associada a risco vital, dependência de tecnologia avançada e necessidade de cuidados intensivos. Paralelamente, ocorre uma transição situacional, que afeta não só a pessoa, mas também a família, confrontada com alterações súbitas nos papéis, nas rotinas e nas expectativas de futuro.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis estrutura-se a partir da articulação entre os tipos e padrões de transição, as condições que influenciam o seu decurso, os padrões de resposta e o papel da enfermagem enquanto elemento facilitador do processo transicional. A Figura 1 sintetiza os principais componentes da teoria, evidenciando a complexidade e natureza dinâmica das transições, bem como a centralidade da intervenção de enfermagem na promoção de transições saudáveis ao longo do continuum de cuidados.

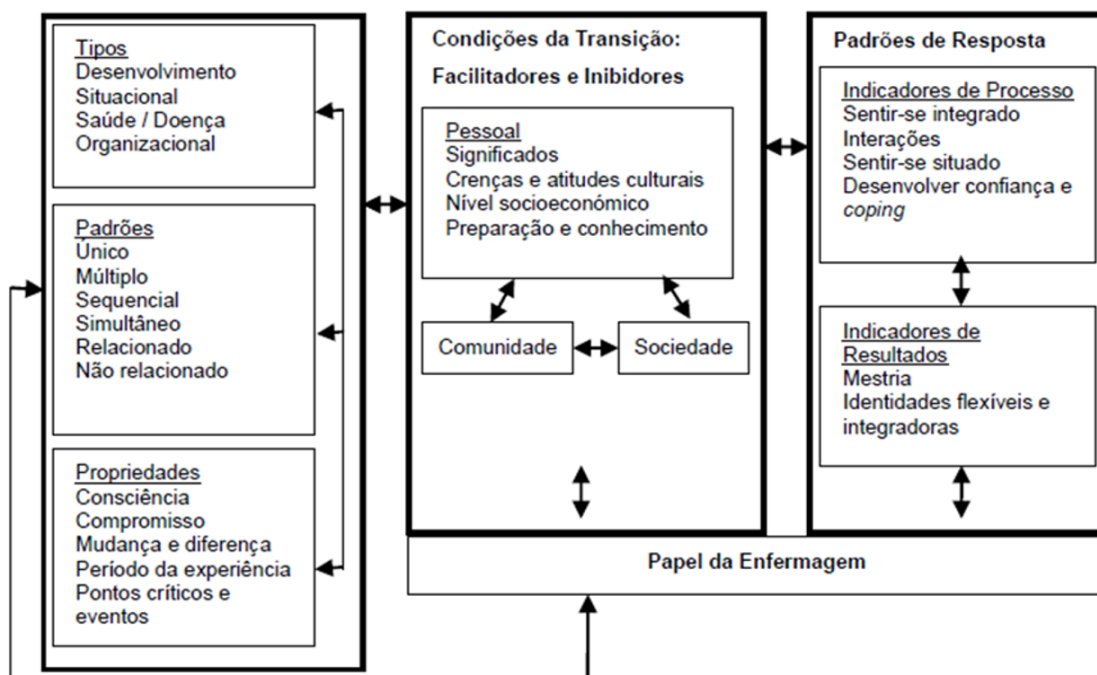


Figura 1 – Teoria das Transições de Afaf Meleis. Adaptado de Meleis et al. (2010).

As transições saúde-doença decorrem da alteração de um estado de saúde para uma situação de doença aguda ou crónica, implicando adaptações significativas ao nível físico, emocional e social. No período pós-PCR, esta transição assume particular complexidade, dado que a recuperação pode ser marcada por défices neurológicos, limitações funcionais, alterações cognitivas e impacto psicológico significativo. Por sua vez, as transições situacionais relacionam-se com acontecimentos que exigem redefinição de papéis e reorganização familiar, sendo frequentemente vivenciadas pela família da PSC, que passa a assumir funções de cuidador informal, mediador de decisões e principal suporte emocional (Santos et al., 2016).

Apesar da diversidade de transições identificadas, Chick e Meleis (1986) salientam a existência de propriedades comuns que caracterizam estas experiências, nomeadamente a consciência, o compromisso, a mudança e diferença, os pontos críticos e eventos e o período da experiência. Estas propriedades influenciam a forma como a transição é vivenciada e o seu desfecho em termos de saúde e bem-estar.

A consciência refere-se à percepção que a pessoa e a família têm relativamente à transição que estão a vivenciar (Meleis et al., 2010). No contexto pós-PCR, esta consciência pode encontrar-se comprometida, sobretudo na fase inicial, devido ao estado de inconsciência da pessoa, à gravidade clínica e à complexidade da informação transmitida. O EE desempenha um papel fundamental na

promoção da consciência, através de uma comunicação clara, progressiva e adaptada ao nível de compreensão da pessoa e da família.

O compromisso está relacionado com o grau de envolvimento ativo da pessoa e da família no processo de transição, sendo influenciado pelo conhecimento, pelas expectativas e pela perceção de controlo sobre a situação (Meleis et al., 2010). A promoção do compromisso implica capacitar a pessoa e a família para participarem nas decisões, sempre que possível, e para desenvolverem competências que lhes permitam lidar com a nova realidade de saúde.

A mudança e a diferença constituem dimensões centrais da transição, uma vez que toda a transição implica uma mudança, embora nem toda a mudança configure uma transição. No período pós-PCR, as mudanças são frequentemente rápidas, intensas e imprevisíveis, afetando múltiplas dimensões da vida da pessoa e da família. Compreender o significado atribuído a estas mudanças é essencial para orientar intervenções de enfermagem centradas na pessoa (Santos et al., 2016).

Os pontos críticos e eventos correspondem a acontecimentos marcantes que desencadeiam ou intensificam a transição, como a ocorrência da PCR, a admissão em UCI, a comunicação do prognóstico ou a preparação para a alta. Estes momentos exigem intervenções de enfermagem especializadas, orientadas para a redução da ansiedade, o apoio emocional e a promoção da adaptação (Meleis et al., 2010).

O período da experiência refere-se à natureza temporal da transição, que se desenvolve ao longo do tempo e não se limita a um momento isolado. No caso da pessoa que sofreu uma PCR, a transição inicia-se no evento agudo, prolonga-se durante o internamento e estende-se frequentemente ao período pós-alta, reforçando a importância da continuidade de cuidados e do acompanhamento estruturado (Meleis et al., 2010).

O decurso da transição é influenciado por condições facilitadoras ou inibidoras, que podem ser de natureza pessoal, comunitária ou social. As condições pessoais incluem os significados atribuídos à experiência, as crenças culturais, o nível de preparação, o estado de saúde prévio e os recursos individuais. As condições comunitárias e sociais relacionam-se com os papéis socialmente definidos, o suporte familiar, os recursos disponíveis na comunidade e o acesso aos cuidados de saúde. O conhecimento destas condições permite ao EE adequar as intervenções às necessidades específicas da pessoa e da família, promovendo transições mais seguras e eficazes (Meleis et al., 2010; Santos et al., 2016).

Para avaliar o estado e a direção da transição, Meleis et al. (2010) identificam os padrões de resposta, que se subdividem em indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo permitem compreender como a transição se está a desenvolver, incluindo a integração da pessoa no novo contexto, a compreensão do diagnóstico e do plano terapêutico, e a utilização de recursos disponíveis. Os indicadores de resultado refletem o grau de sucesso da transição, destacando-se a mestria e o desenvolvimento de identidades flexíveis e integradoras.

No contexto pós-PCR, os padrões de resposta incluem indicadores como a estabilidade hemodinâmica da pessoa, a recuperação neurológica, a capacidade funcional, o estado emocional, a aceitação da nova condição de saúde e a sua reintegração familiar e social. A monitorização contínua destes indicadores permite ao EE identificar precocemente dificuldades no processo de transição e ajustar o plano de cuidados de forma individualizada.

A aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis ao cuidado da PSC e da família pós-PCR permite, assim, uma abordagem holística, que integra as dimensões física, emocional, psicológica e social da experiência de saúde-doença. Ao compreender a PCR como um evento desencadeador de múltiplas transições, o EE é capaz de desenvolver intervenções mais eficazes, centradas na pessoa e na família, promovendo a adaptação, a segurança e a qualidade dos cuidados. Este enquadramento teórico sustenta, assim, as intervenções de enfermagem especializada desenvolvidas ao longo do percurso formativo e analisadas no capítulo seguinte deste relatório.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem como objetivo desenvolver uma análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas do EEMCPSC, bem como das competências inerentes à atribuição do grau académico de Mestre em Enfermagem, desenvolvidas no âmbito das UC Estágio e Estágio e Relatório. Esta análise assenta na reflexão sistematizada sobre os conhecimentos, capacidades e atitudes mobilizados ao longo do percurso formativo, integrando as experiências e intervenções desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, nomeadamente: um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, uma UCIP, uma UCICOR e na VMER.

A crescente complexidade dos contextos assistenciais, aliada à evolução técnico-científica dos cuidados de saúde, exige uma prática de Enfermagem cada vez mais diferenciada, sustentada na evidência científica, no rigor ético e na capacidade de tomada de decisão em contextos de elevada incerteza, risco e complexidade clínica. Neste enquadramento, o Regulamento n.º 122/2011 define o EE como um profissional detentor de um conjunto de conhecimentos aprofundados num domínio específico da Enfermagem, capaz de mobilizar intervenções especializadas, fundamentadas e diferenciadas, recorrendo a elevados níveis de julgamento clínico, autonomia e responsabilidade profissional, em resposta às necessidades da pessoa, da família e da comunidade ao longo do ciclo vital.

Importa salientar que o percurso académico desenvolvido culminou não apenas na aquisição do título profissional de EE (a ser concedido pela Ordem dos Enfermeiros (OE)), mas igualmente na obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem. Neste sentido, assumem particular relevância as competências associadas ao grau de mestre, conforme estabelecido no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, que preconiza a capacidade de aprofundar conhecimentos num determinado domínio científico, desenvolver aplicações originais em contextos novos ou complexos, integrar saberes de diferentes áreas, formular juízos sustentados em informação limitada ou incompleta e comunicar conclusões de forma clara e fundamentada. Estas competências refletem-se numa postura profissional orientada para a aprendizagem ao longo da vida, a reflexão crítica e a produção de conhecimento relevante para a prática.

O desenvolvimento de competências em Enfermagem não se circunscreve à aquisição de conhecimentos técnico-científicos, emerge de um processo dinâmico, progressivo e contextualizado, que integra a experiência prática, a socialização profissional e a reflexão crítica sobre a ação. Neste contexto, destaca-se o contributo do modelo de desenvolvimento de competências de Patricia Benner (2001), que descreve a progressão do enfermeiro ao longo de cinco níveis – principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito – à medida que o conhecimento teórico é progressivamente integrado com a experiência clínica. Esta evolução traduz-se numa compreensão cada vez mais intuitiva, contextualizada e holística das situações de cuidado.

De forma complementar, Le Boterf et al. (2003) conceptualizam a competência profissional como a capacidade de mobilizar, de forma pertinente e eficaz, um conjunto de recursos – conhecimentos, saberes-fazer, atitudes e valores – adequados a uma situação concreta. Para este autor, a competência não reside apenas nos recursos detidos pelo profissional, mas sobretudo na forma como estes são ativados, articulados e ajustados ao contexto específico de intervenção. À luz destes referenciais teóricos, o desenvolvimento de competências ao longo dos estágios assentou numa prática reflexiva, ética e crítica, sustentada na análise das situações clínicas, na partilha interdisciplinar e na aprendizagem contínua em contexto real de cuidados.

Desde o início do percurso formativo, foram delineados objetivos orientadores, alinhados com as competências comuns do EE, com as competências específicas do EEEMCPSC e com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC. Estes objetivos constituíram um eixo estruturante da prática clínica desenvolvida, permitindo orientar a intervenção, monitorizar a evolução das competências e sustentar o desenvolvimento profissional e académico.

De seguida, apresenta-se a caracterização dos contextos de estágio, bem como a descrição do percurso efetuado, salientando a relevância dessas experiências na aquisição e no desenvolvimento das competências especializadas do EEEMCPSC.

Assim, o presente capítulo propõe-se refletir criticamente sobre o percurso trilhado, evidenciando de que forma a prática clínica, a formação académica e a experiência vivida se articularam na construção de um perfil profissional especializado, autónomo, responsável e cientificamente fundamentado, em consonância com as exigências atuais da prática avançada em Enfermagem e com os desafios inerentes ao cuidado à PSC e à sua família.

2.1 Caracterização dos Contextos de Estágio

De forma a contextualizar o percurso formativo desenvolvido, considera-se fundamental proceder à caracterização dos contextos de estágio onde decorreram as atividades clínicas. O percurso de estágio foi realizado maioritariamente em unidades integradas na mesma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região de Lisboa e Vale do Tejo, complementado por um período de observação na VMER, integrada noutra ULS da mesma região, o que permitiu uma visão integrada dos cuidados prestados à PSC em diferentes níveis de diferenciação e contextos assistenciais.

A ULS onde decorreu a maioria das experiências de estágio constitui uma entidade pública empresarial (EPE), criada ao abrigo do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de Novembro, no âmbito da reorganização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta reestruturação resultou da integração do anterior Centro Hospitalar Distrital com o Agrupamento de Centros de Saúde da respetiva área geográfica, potenciando uma abordagem mais integrada, coordenada e centrada no cidadão ao longo do seu percurso de cuidados.

De acordo com os dados do recenseamento da população de 2021, a área de influência direta da ULS abrange uma população de aproximadamente 244.732 habitantes, distribuída por uma área territorial de cerca de 891 km². Este contexto demográfico traduz-se numa diversidade significativa de necessidades de saúde, exigindo uma resposta assistencial diferenciada, eficiente e ajustada às características da população servida (Instituição Hospitalar, s.d.).

Segundo a mesma fonte, a missão da ULS consiste em assegurar a prestação de cuidados de saúde integrados, orientados para as necessidades da pessoa, da família e da comunidade ao longo do ciclo vital, garantindo a continuidade do processo assistencial e promovendo simultaneamente o desenvolvimento do conhecimento científico, da inovação e da melhoria contínua da qualidade, enquanto elementos geradores de valor em saúde.

No exercício da sua atividade, a ULS respeita as áreas de influência e as redes de referência definidas, cumprindo os contratos-programa estabelecidos e colaborando com as restantes instituições da rede de prestação de cuidados de saúde. Para além da componente assistencial, desenvolve ainda atividades complementares relevantes, nomeadamente no domínio do ensino pré e pós-graduado, da investigação e da formação contínua dos profissionais de saúde, assumindo-se como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de competências clínicas avançadas (Instituição Hospitalar, s.d.).

A atuação da ULS orienta-se por um conjunto de objetivos estratégicos, dos quais se destacam:

- a) Prestar cuidados de saúde humanizados, de elevada qualidade e de forma atempada;
- b) Melhorar a eficácia e a eficiência organizacional, assegurando equilíbrio económico-financeiro;
- c) Desenvolver áreas de especialização e de referência nos domínios dos cuidados de saúde, da reabilitação, da convalescença e dos cuidados paliativos;
- d) Implementar programas de cuidados de saúde em regime de ambulatório e no domicílio, com vista à redução do impacto da hospitalização;
- e) Promover a investigação científica e a formação profissional contínua (Instituição Hospitalar, s.d.).

Este enquadramento institucional constituiu o pano de fundo organizacional no qual se desenvolveram os estágios clínicos, influenciando as dinâmicas assistenciais, os modelos de organização dos cuidados e as oportunidades de aprendizagem. Neste contexto, proceder-se-á, de seguida, à caracterização dos diferentes contextos de estágio, nos quais se desenvolveu o percurso formativo e se consolidaram as competências especializadas analisadas nos subcapítulos seguintes.

2.1.1 Serviço de Urgência Geral

Os Serviços de Urgência (SU) constituem estruturas multidisciplinares e multiprofissionais destinadas à prestação de cuidados de saúde em situações de urgência e emergência, cuja gravidade, avaliada segundo critérios clínicos apropriados, exige intervenção médica imediata (Ministério da Saúde, 2002).

O SUG da ULS integra a Rede Nacional de Referência de Urgências como urgência médico-cirúrgica, encontrando-se igualmente referenciado para as Vias Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Coronária. Este enquadramento confere ao serviço um papel central na resposta a situações tempo-dependentes e de elevada complexidade clínica, nomeadamente eventos críticos como a PCR.

O SUG funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, assegurando resposta nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Patologia Clínica, Medicina Intensiva, Imunohemoterapia e Diálise, nomeadamente em situações agudas e potencialmente fatais. As especialidades de Imagiologia e Gastroenterologia encontram-se disponíveis de segunda-feira a domingo, entre as 9h00 e as 24h00, enquanto a Psiquiatria funciona das

9h00 às 22h00. As especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia estão disponíveis de segunda-feira a sábado, das 8h00 às 20h00, sendo que, sempre que necessário, é estabelecida articulação com hospitais de referência.

Relativamente à sua organização física, o SUG encontra-se dividido em duas áreas funcionais distintas: a área de Ambulatório e a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD).

A área de ambulatório inclui o secretariado, localizado na área de receção, onde se realiza o processo de inscrição, dois gabinetes de triagem, uma sala de reanimação, oito salas de atendimento médico (quatro salas de atendimento geral, uma sala de cirurgia, uma sala de psiquiatria, uma sala de ortopedia e uma sala de medicina interna), uma sala de pequena-cirurgia destinada à realização de procedimentos cirúrgicos, uma sala de tratamentos, uma sala aberta destinada a pessoas que necessitam de maior vigilância clínica ou oxigenoterapia, um gabinete de eletrocardiograma (ECG), um laboratório de análises clínicas e duas salas de espera.

A UICD, com uma capacidade instalada de 33 camas, destina-se à observação de pessoas até decisão clínica de internamento ou alta. Esta unidade encontra-se equipada com sistemas de oxigénio, vácuo e ar comprimido, camas elétricas e dispositivos que permitem a monitorização contínua das pessoas em vigilância, constituindo um espaço intermédio fundamental na gestão da instabilidade clínica e na transição segura dos cuidados.

A equipa de enfermagem do SUG é constituída por 111 enfermeiros, dos quais quatro integram a equipa de gestão. Os restantes profissionais encontram-se organizados em cinco equipas, cada uma coordenada por um EE em enfermagem médico-cirúrgica. No conjunto das equipas, os EE distribuem-se por três áreas de especialização: dezasseis EE em enfermagem médico-cirúrgica, dez em enfermagem de reabilitação e um em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

No âmbito do estágio realizado neste contexto, definiu-se como objetivo geral desenvolver e consolidar competências de enfermagem especializada dirigidas à PSC e à sua família em contexto de urgência e emergência.

Para a concretização deste objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer e integrar a dinâmica, o funcionamento, a organização e os protocolos vigentes no SUG;
- Prestar cuidados de enfermagem especializada à pessoa e à família/cuidador em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto de urgência, mobilizando

intervenções diferenciadas, técnicas e relacionais, com especial atenção à pessoa e à família no período pós-PCR;

- Gerir eficazmente a prestação de cuidados de enfermagem em contextos de emergência, exceção e catástrofe, assegurando uma resposta célere, coordenada e segura;
- Reforçar e otimizar as estratégias de prevenção e controlo de infeção, tendo em atenção a diversidade e complexidade inerentes ao ambiente de um SU.

2.1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A UCIP da ULS foi oficialmente inaugurada em 1985, marcando o início da prestação de cuidados intensivos na instituição. Desde então, a UCI tem assumido um papel central na assistência à PSC, assegurando cuidados altamente diferenciados, personalizados e ajustados à complexidade e gravidade das situações clínicas, incluindo situações de instabilidade hemodinâmica grave e eventos críticos como a PCR.

Em 2011, com o objetivo de reforçar a resposta às situações de emergência intra-hospitalar, foi implementada a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), por iniciativa e sob coordenação da UCI. Esta equipa visa garantir uma resposta rápida, eficaz e especializada à PSC em qualquer área do hospital, assumindo particular relevância em contextos de deterioração clínica súbita e PCR.

No ano de 2016, a UCI foi reorganizada e passou a ser formalmente constituída como Serviço, integrando o Departamento de Anestesiologia, passando a designar-se Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

O SMI tem como missão a prestação de cuidados altamente diferenciados a pessoas com falência de um ou mais órgãos, em risco iminente de vida, que necessitam de tratamento urgente e de cuidados médicos e de enfermagem permanentes. Na UCI são internadas pessoas com patologias de natureza médica ou cirúrgica, provenientes do SU, Blocos Operatórios, enfermarias, unidades de técnicas ou ambulatório, quer da própria ULS, quer de outras instituições hospitalares da região, incluindo pessoas após reanimação cardiorrespiratória.

O serviço funciona com equipas médicas e de enfermagem especializadas, em regime de atividade permanente, assumindo a responsabilidade pela gestão global da PSC no hospital. Paralelamente, a formação de médicos e enfermeiros em início de carreira constitui uma das

prioridades do SMI, que se afirma como um contexto privilegiado de aprendizagem, treino e desenvolvimento de competências avançadas em Medicina Intensiva.

A atividade do SMI encontra-se organizada em três áreas fundamentais: internamento em UCI, emergência médica intra-hospitalar e consulta de Medicina Intensiva. O serviço dispõe de duas unidades de internamento, localizadas nos Pisos 1 e 3. A UCI do Piso 1 apresenta uma capacidade de sete camas, enquanto a UCI do Piso 3 dispõe de cinco camas. Ambas possuem natureza polivalente, acolhendo pessoas com patologias provenientes de diversas especialidades, nomeadamente Medicina, Cirurgia, Cardiologia, Neurocríticos e vítimas de trauma. A PSC é internada na fase mais crítica da sua condição clínica, permanecendo sob monitorização e tratamento intensivo até à estabilização hemodinâmica, sendo posteriormente transferida para outra unidade de internamento para continuidade de cuidados até à alta hospitalar.

O SMI dispõe de um vasto conjunto de capacidades técnicas e terapêuticas que permitem uma resposta diferenciada às necessidades da PSC. Destacam-se as intervenções avançadas de suporte à vida, nomeadamente a reanimação cardiorrespiratória, a gestão da via aérea com possibilidade de entubação traqueal e traqueotomia, a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, a oxigenoterapia de alto fluxo e a monitorização contínua da oximetria e capnografia. A monitorização hemodinâmica avançada permite a avaliação contínua de parâmetros como pressão arterial invasiva, pressão venosa central, débito cardíaco e outros indicadores essenciais ao suporte circulatório, particularmente relevantes no período pós-PCR.

Estão igualmente disponíveis técnicas como a cateterização venosa central ecoguiada, broncofibroscopia, ecocardiografia, monitorização do nível de sedação, EEG e pressão intra-abdominal. O serviço dispõe ainda de ventiladores portáteis e equipamentos para transporte intra e inter-hospitalar, assegurando a continuidade e segurança dos cuidados. A vigilância metabólica é garantida através da monitorização frequente de gases sanguíneos, eletrólitos e outros parâmetros laboratoriais. O SMI assegura também terapias de substituição renal, contínuas e intermitentes, técnicas de plasmaferese, analgesia avançada e integra programas de reabilitação motora e fisioterapia precoce.

A coordenação hospitalar da doação de órgãos e tecidos para transplantação na ULS é da responsabilidade de um médico do SMI. O acompanhamento do potencial dador de órgãos é realizado

na UCI, envolvendo toda a equipa multidisciplinar, sendo a colheita efetuada no Bloco Operatório Central.

Relativamente à organização física, a UCI do Piso 1 integra uma área de prestação de cuidados composta por uma sala aberta com cinco camas, dispostas em semicírculo, e dois quartos de isolamento, destinados preferencialmente a pessoas infetadas ou imunocomprometidas. A área de apoio inclui armazéns, laboratório, copa, sala de sujos e vestiários, existindo ainda uma área administrativa com gabinetes médico, de enfermagem e de secretariado. A UCI do Piso 3 dispõe de uma sala aberta com cinco camas, bem como áreas de apoio semelhantes, incluindo sala de material, sala de sujos, gabinete médico, vestiário e copa.

A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro coordenador em cada turno, responsável por garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Para além do coordenador, integram a equipa enfermeiros responsáveis pela prestação direta de cuidados, assegurando uma relação mínima enfermeiro:PSC de 1:2. O serviço conta ainda com EE em duas áreas de especialização, nomeadamente em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Enfermagem de Reabilitação, que desenvolvem intervenções específicas de acordo com o seu âmbito de competências. Adicionalmente, cada equipa integra, de forma contínua e permanente, um enfermeiro afeto à EEMI.

A EEMI foi criada com o objetivo de alargar a prestação de cuidados à PSC para além do espaço físico da UCI. A sua atuação nas Vias Verdes Coronária e de AVC assume particular relevância, assegurando uma resposta célere e eficaz em situações tempo-dependentes. A EEMI é igualmente responsável pela implementação e operacionalização do circuito da PSC no hospital, contribuindo para a segurança e eficiência dos cuidados. A equipa possui regulamento próprio e encontra-se subordinada hierárquica e funcionalmente ao SMI, funcionando de forma contínua, 24 horas por dia, todos os dias da semana.

As pessoas que obtêm alta hospitalar após internamento no SMI são acompanhadas em consulta de Medicina Intensiva, com o objetivo de identificar complicações, fragilidades e impacto funcional decorrentes da doença crítica. Nesta consulta são aplicados instrumentos de avaliação da qualidade de vida e inquéritos de satisfação relativos à experiência de internamento, favorecendo a continuidade e a avaliação dos cuidados prestados após a fase crítica.

No contexto da UCIP, foi definido como objetivo geral desenvolver e consolidar competências de enfermagem especializada na prestação de cuidados à PSC e à sua família em situação de

internamento em UCI. Para a concretização deste objetivo, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer e integrar a dinâmica, funcionamento, organização e protocolos vigentes da UCI;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa e à família/cuidador que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com particular atenção à pessoa e família no período pós-PCR;
- Gerir eficazmente a prestação de cuidados em contextos de emergência, antecipando e atuando perante possíveis focos de instabilidade;
- Implementar estratégias de prevenção e controlo de infeção, adequadas à condição clínica da PSC em ambiente de UCI, com particular atenção à pessoa e à família no período pós-PCR.

2.1.3 Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

As UCICOR assumem um papel fulcral na monitorização, no suporte e na recuperação das funções vitais de pessoas com patologia cardíaca aguda e/ou crítica, tendo como principal objetivo a redução da morbilidade e da mortalidade cardiovascular, nomeadamente em situações de instabilidade hemodinâmica grave ou após eventos críticos como a PCR.

A UCICOR da ULS encontra-se integrada no Serviço de Cardiologia – Internamento e configura-se como uma unidade de espaço aberto, dotada de seis unidades, uma zona de trabalho destinada à equipa multidisciplinar e equipamento técnico altamente diferenciado, adequado à vigilância intensiva da PSC.

A missão da UCICOR centra-se na prestação de cuidados intensivos à PSC, na fase aguda da patologia cardiovascular, de acordo com critérios de admissão previamente definidos, dos quais se destacam:

- Pessoas com suspeita de enfarte agudo do miocárdio (EAM) com supradesnivelamento do segmento ST (SST), com menos de 24 horas de evolução e candidatas a terapêutica de reperfusão;
- Pessoas com EAM com mais de 24 horas de evolução, associado a complicações ou instabilidade clínica;
- Pessoas em choque cardiogénico;
- Pessoas com síndromes coronárias agudas sem SST de elevado risco;
- Pessoas instáveis após intervenção coronária percutânea complicada;

- Pessoas com arritmias documentadas potencialmente fatais;
- Pessoas com edema agudo do pulmão não controlado com terapêutica médica inicial.

Embora se destine maioritariamente ao internamento de PSC provenientes do SU, a UCICOR admite igualmente entradas programadas a partir da consulta externa, de outros serviços de internamento do hospital e de instituições externas, assegurando uma resposta integrada e articulada às necessidades assistenciais da população.

Os principais objetivos da UCICOR incluem o início precoce do tratamento e da vigilância da pessoa em fase aguda, a identificação e controlo dos fatores de risco cardiovasculares, a implementação de medidas preventivas de recorrência de eventos, a prevenção de complicações associadas e a preparação estruturada da transição de cuidados, através da elaboração de um plano de alta e follow-up adequado.

O contexto dos cuidados intensivos exige um elevado nível de diferenciação técnica, científica e organizacional por parte dos profissionais envolvidos. Neste âmbito, o enfermeiro chefe de equipa assume funções de gestão determinantes para a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem. Entre as suas responsabilidades destacam-se a organização do serviço, a adequação do plano de distribuição de trabalho às necessidades assistenciais, a alocação eficiente dos recursos humanos e a atribuição de responsabilidades individuais aos elementos da equipa. Compete-lhe ainda assegurar a supervisão clínica, nomeadamente a verificação dos registos clínicos, a gestão segura dos fármacos e dos materiais de consumo clínico, bem como a operacionalidade do carro de emergência e dos equipamentos. Adicionalmente, desempenha um papel relevante no acolhimento e integração de novos profissionais e na articulação com os assistentes operacionais, promovendo o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança dos cuidados.

A equipa de enfermagem da UCICOR é constituída, no mínimo, por 14 profissionais, assegurando a presença de dois enfermeiros por turno. A sua atuação orienta-se pelos princípios da enfermagem intensiva, entendida como a prestação de cuidados especializados, contínuos e rigorosos, ao longo das 24 horas, a pessoas com uma ou mais funções vitais em risco iminente de falência. Estes cuidados incluem a observação intensiva, traduzida na colheita sistemática e permanente de dados clínicos, com o objetivo de acompanhar a evolução do estado de saúde, antecipar complicações e intervir de forma atempada e eficaz.

Neste contexto, os enfermeiros que integram a UCICOR devem deter um conjunto de competências específicas, essenciais à resposta às exigências clínicas deste ambiente altamente diferenciado. Destacam-se a capacidade de prestar cuidados especializados à pessoa com patologia cardiovascular aguda, a identificação precoce e intervenção perante complicações associadas aos síndromes coronários agudos, bem como a experiência na prestação de cuidados à pessoa submetida a intervenção coronária percutânea. A interpretação de traçados eletrocardiográficos, o reconhecimento de arritmias potencialmente fatais e a atuação rápida e eficaz, incluindo a execução de manobras de suporte básico de vida (SBV), desfibrilhação e pacing externo, constituem igualmente competências fundamentais.

Adicionalmente, é imprescindível o domínio na administração segura e eficaz da terapêutica farmacológica, no apoio técnico à equipa médica em procedimentos invasivos, na monitorização avançada, no manuseamento de dispositivos de suporte hemodinâmico, na ventilação mecânica e na realização de técnicas dialíticas em pessoas com falência renal aguda.

A UCICOR dispõe de um conjunto alargado de capacidades técnicas e terapêuticas, incluindo reanimação cardiorrespiratória, entubação endotraqueal, monitorização eletrocardiográfica e hemodinâmica contínua, oximetria contínua, sistema central de monitorização de parâmetros vitais, pacing cardíaco externo e transvenoso, ecocardiografia, assistência circulatória mecânica por contrapulsção intra-aórtica, acesso a sala com intensificador de imagem, sistema point-of-care para avaliação do international normalized ratio (INR), realização de hemodiálise intermitente em articulação com o serviço de nefrologia e ventilação mecânica invasiva, em coordenação com a equipa de emergência médica interna.

No decurso do estágio realizado na UCICOR, foi ainda possível realizar períodos de observação em contextos altamente diferenciados, nomeadamente no Laboratório de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção e no Laboratório de Pacing e Eletrofisiologia. Estes momentos revelaram-se particularmente relevantes para o aprofundamento de conhecimentos técnico-científicos relacionados com o diagnóstico e a intervenção em patologias cardiovasculares agudas, bem como para a compreensão do percurso clínico da PSC, desde o evento agudo à estabilização clínica e subsequente continuidade de cuidados.

No Laboratório de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção, foi possível acompanhar a realização de cateterismos cardíacos diagnósticos e terapêuticos, angioplastias coronárias e colocação

de stents, permitindo compreender a articulação entre as equipas médica e de enfermagem e a resposta rápida e coordenada em situações de emergência. No Laboratório de Pacing e Eletrofisiologia, observaram-se estudos eletrofisiológicos, procedimentos de ablação e o implante de dispositivos como pacemakers definitivos, reforçando a compreensão da continuidade e coerência dos cuidados prestados ao longo do processo assistencial.

O horário de visitas da UCICOR encontra-se definido entre as 14h00 e as 15h00 e entre as 19h00 e as 20h00, sendo permitida a presença de duas visitas por pessoa, em regime alternado, podendo apenas uma permanecer na unidade. No primeiro período de visitas, um médico da equipa fixa encontra-se disponível para prestar informações clínicas aos familiares. Informações adicionais sobre o estado geral da pessoa podem ser obtidas telefonicamente junto da equipa de enfermagem, entre as 10h30 e as 11h30 e entre as 19h30 e as 20h00.

No âmbito do estágio desenvolvido neste contexto, definiu-se como objetivo geral desenvolver competências de enfermagem especializada dirigidas à PSC e à sua família, no contexto da UCICOR, com especial enfoque na prestação de cuidados à pessoa e à família no período pós-PCR.

Para a concretização deste objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer e integrar a dinâmica, o funcionamento, a organização e os protocolos vigentes da UCICOR;
- Prestar cuidados de enfermagem especializada à pessoa e à família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com particular atenção à pessoa e à família no período pós-PCR;
- Assegurar uma gestão eficiente dos cuidados em contextos de emergência, antecipando e atuando perante possíveis focos de instabilidade;
- Implementar estratégias de prevenção e controlo de infeção, adequadas à condição clínica da PSC, com particular atenção à pessoa e à família no período pós-PCR.

2.1.4 Viatura Médica de Emergência e Reanimação

A VMER da ULS iniciou a sua atividade a 11 de abril de 2016 e encontra-se integrada no SU. Trata-se de uma unidade móvel de intervenção pré-hospitalar inserida no Sistema Integrado de Emergência Médica, sob coordenação do INEM. A sua missão principal consiste em assegurar uma resposta rápida, diferenciada e altamente especializada a situações de emergência médica,

proporcionando cuidados de SAV no local da ocorrência e durante o transporte da PSC até à unidade hospitalar mais adequada, assumindo um papel determinante na abordagem inicial da pessoa pós-PCR.

A equipa da VMER é constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica em emergência médica, detentores de competências avançadas em SBV e SAV, gestão da via aérea, monitorização hemodinâmica, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, administração de terapêutica de emergência e imobilização da pessoa vítima de trauma. A equipa desenvolve a sua atividade de forma contínua, 24 horas por dia, sete dias por semana. Atualmente, a VMER é composta por 41 profissionais de saúde, dos quais 20 médicos e 21 enfermeiros, assegurando uma cobertura assistencial contínua e eficaz. A sua área de atuação abrange uma vasta região geográfica, prestando assistência direta à população local e, sempre que necessário, apoio a outros concelhos limítrofes.

A viatura encontra-se equipada com tecnologia avançada, nomeadamente monitor-desfibrilhador com ECG de 12 derivações, capnografia, oxímetro de pulso, ventilador de transporte, bombas de perfusão, aspirador, garrafas de oxigénio, material de imobilização e um conjunto diversificado de fármacos e dispositivos de emergência. Estes recursos permitem à equipa proceder à estabilização clínica imediata da PSC, assegurando cuidados contínuos e diferenciados até à sua transferência para o meio hospitalar, incluindo a implementação precoce de medidas determinantes no prognóstico pós-PCR.

Durante o ano de 2023, a VMER registou um total de 2.014 ativações, mantendo uma taxa de operacionalidade de 100%. A maioria das ocorrências esteve associada a situações de pessoas em PCR, dor torácica e alteração do estado de consciência, o que evidencia a elevada complexidade e criticidade das situações que justificam a intervenção de uma equipa com competências altamente diferenciadas e fortemente orientadas para eventos tempo-dependentes.

Adicionalmente, destaca-se o número significativo de intervenções em contexto obstétrico, com 48 ativações relacionadas com assistência à pessoa em trabalho de parto ou parto, refletindo a versatilidade da equipa e a importância da sua atuação em diferentes cenários de emergência clínica.

A VMER assume, assim, um papel determinante na articulação entre o contexto pré-hospitalar e o hospitalar, contribuindo para o reforço da resposta do sistema de saúde às situações de urgência e emergência. A sua atuação precoce e especializada permite reduzir a morbilidade e mortalidade

associadas a eventos súbitos, potenciando simultaneamente a continuidade dos cuidados prestados à PSC, em particular nos casos de PCR com RCE.

No contexto da VMER, definiu-se como objetivo geral desenvolver e consolidar competências de enfermagem especializada na prestação de cuidados à PSC e à sua família no contexto pré-hospitalar, com particular enfoque na abordagem à PSC no período pós-PCR. Para a concretização deste objetivo, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Observar e compreender a dinâmica, funcionamento, organização e protocolos vigentes na VMER, quer para a prestação direta de cuidados à PSC, com especial enfoque na atuação em situações de PCR, quer na manutenção do material;
- Adquirir competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa e à família/cuidador que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, considerando a VMER como primeira etapa do percurso de cuidados pós-PCR;
- Desenvolver competências na gestão de situações imprevistas, promovendo uma resposta eficaz em contextos de emergência, exceção e catástrofe, desde a fase de planeamento até à execução, com especial enfoque em ocorrências com múltiplas vítimas de PCR.

2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

O perfil de competências específicas do EEEMCPSC integra-se, em articulação indissociável com o perfil das competências comuns do EE, constituindo um conjunto de competências clínicas avançadas que sustentam uma prática diferenciada, autónoma e fundamentada na evidência científica.

As competências comuns dos EE resultam do aprofundamento de quatro domínios nucleares e interdependentes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Na presente reflexão, centrada nas intervenções desenvolvidas para a aquisição e consolidação das competências comuns do EE, consideram-se igualmente as competências inerentes ao grau de Mestre em enfermagem, reconhecendo-se o seu carácter transversal, integrador e

estruturante ao longo de todo o percurso formativo. As competências conferidas por este grau académico, conforme os descritores de Dublin que qualificam o segundo ciclo de estudos, compreendem cinco dimensões fundamentais: conhecimento e capacidade de compreensão; aplicação de conhecimentos; julgamento e tomada de decisão; comunicação; e aptidões para a aprendizagem ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 74/2006).

Importa salientar que, embora o presente relatório se centre nas intervenções de enfermagem especializada dirigidas à PSC e à sua família no período pós-PCR, as competências aqui analisadas foram desenvolvidas a partir da vivência de múltiplas situações clínicas, nem todas diretamente associadas a esse evento crítico. Ainda assim, todas contribuíram de forma determinante para a construção de uma prática especializada segura, ética, crítica e reflexiva, indispensável à prestação de cuidados à pessoa e à família em contextos de elevada complexidade, imprevisibilidade e risco, como os que caracterizam o período pós-PCR.

A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

“A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p. 8).

Neste domínio de competências, destaca-se igualmente a competência inerente ao grau de mestre, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 74/2006, que define, na alínea c) do n.º 1 do artigo 15.º, a *“capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”* (p. 2246).

Estas dimensões assumem particular relevância nos cuidados à PSC e, de forma especialmente sensível, no período pós-PCR, contexto frequentemente marcado por elevada vulnerabilidade, incapacidade temporária para o exercício da autonomia e necessidade de tomada de decisões complexas, muitas vezes com informação limitada.

No SUG, caracterizado por um ritmo de trabalho acelerado, elevada afluência e limitação de espaços físicos, tornou-se particularmente evidente a complexidade de garantir a privacidade, a

dignidade e a confidencialidade da pessoa. A sobrecarga assistencial e a necessidade de intervenções rápidas colocam frequentemente em risco o cumprimento destes princípios fundamentais. Apesar destes constrangimentos, procurou-se minimizar a exposição desnecessária da pessoa, recorrendo sempre que possível à utilização de biombo ou barreiras físicas e adotando uma comunicação discreta e adequada ao contexto clínico. Estas ações visaram salvaguardar os direitos da pessoa em situação de vulnerabilidade, em consonância com a Carta dos Direitos das Pessoas Doentes (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019) e com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679).

Estas intervenções assumiram especial relevância na PSC em situações de cuidados pós-reanimação e em contextos em que esta se encontra incapaz de expressar a sua vontade, como ocorre frequentemente em situações de sedação, ventilação mecânica ou alterações do estado de consciência. Nestes cenários de elevada vulnerabilidade, exige-se ao EE uma atuação ética rigorosa, orientada para a salvaguarda da dignidade, dos direitos e dos melhores interesses da PSC.

Durante o estágio realizado na UCICOR, surgiram frequentemente situações que exigiram assegurar o respeito pelo direito à autodeterminação da PSC, nomeadamente no contexto de procedimentos invasivos, como o cateterismo cardíaco, o implante de pacemaker definitivo e os estudos eletrofisiológicos. Apesar de estes procedimentos serem frequentes para a equipa clínica, comportam riscos significativos e são frequentemente realizados em pessoas fragilizadas pela sua condição clínica.

Numa das situações vivenciadas, uma pessoa foi proposta para a realização de um estudo eletrofisiológico com eventual ablação, na sequência de episódios de taquicardia ventricular. A pessoa manifestou receios relativamente ao procedimento, verbalizando dúvidas sobre os riscos e alternativas terapêuticas. Adotando uma abordagem centrada na pessoa e em articulação com a equipa médica, foi promovido um momento de esclarecimento, utilizando linguagem clara e acessível, explicando as etapas do procedimento, os objetivos terapêuticos, os potenciais efeitos adversos e as opções disponíveis. Esta intervenção contribuiu para a redução da ansiedade, para o empoderamento da pessoa e para a garantia de uma decisão livre e informada. A experiência adquirida nesta situação revelou-se particularmente pertinente para a atuação do EE em contextos da PSC pós-PCR, nos quais a comunicação eficaz, a gestão emocional e o respeito pela autodeterminação da pessoa ou dos seus representantes legais assumem um papel central.

Na UCIP, emergiram situações clínicas de elevada complexidade ética e legal, exigindo a aplicação rigorosa dos princípios bioéticos na tomada de decisão. Uma dessas situações envolveu uma pessoa que, sendo Testemunha de Jeová, recusava a transfusão de concentrado eritrocitário, apesar de esta estar clinicamente indicada. Perante este cenário, foi igualmente considerada a possibilidade de existência de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), instrumento legal que permite à pessoa expressar previamente as suas preferências relativamente a cuidados de saúde, incluindo a recusa de determinados tratamentos, encontrando-se regulamentado em Portugal pela Lei n.º 25/2012, de 16 de julho (Assembleia da República, 2012), que instituiu o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). A verificação da eventual existência desta diretiva constituiu um passo fundamental na salvaguarda do princípio da autonomia da pessoa. Independentemente da formalização prévia dessa diretiva, a pessoa manifestou de forma clara e reiterada a sua recusa, o que implicou um posicionamento ético fundamentado e o respeito pela sua autodeterminação, mesmo perante um risco clínico significativo. Em articulação com a equipa médica, foram equacionadas alternativas terapêuticas seguras e compatíveis com as convicções da pessoa, assegurando simultaneamente a segurança clínica e o cumprimento dos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, amplamente reconhecidos na ética biomédica (Beauchamp & Childress, 2019). Esta situação exigiu uma reflexão ética contínua e evidenciou o papel do EE na defesa dos direitos da PSC, na mediação entre valores clínicos e convicções pessoais e na promoção de uma tomada de decisão ética, informada e centrada na pessoa.

Em todos os contextos de estágio, foi reconhecida a importância do registo clínico enquanto instrumento ético, legal e assistencial. Assim, foram realizados registos sistemáticos, objetivos e rigorosos da evolução clínica, dos comportamentos observados e das intervenções implementadas, garantindo a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Esta prática encontra respaldo na legislação em vigor relativa aos registos clínicos informatizados, que devem assegurar a confidencialidade da informação e a proteção da privacidade da pessoa (Despacho n.º 5800/2018).

A articulação com as equipas multidisciplinares, a escuta ativa das famílias, o apoio na compreensão dos processos clínicos e legais e a defesa dos direitos da pessoa constituíram dimensões transversais à prática desenvolvida. Assim, considera-se que esta competência foi desenvolvida de forma sólida, através da integração contínua de princípios éticos, legais e deontológicos na prática clínica especializada, essenciais à prestação de cuidados seguros, humanizados e centrados na pessoa e na família, incluindo em contextos particularmente exigentes como o período pós-PCR.

B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

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

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, p. 9).

No âmbito deste domínio de competências, torna-se pertinente integrar a competência “1b” do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006. Assim, o Enfermeiro deve *“b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;”* (p.2246).

O domínio da Melhoria Contínua da Qualidade assume-se como um pilar central da prática do EE, refletindo o compromisso com a excelência dos cuidados, a segurança da pessoa e a eficácia organizacional. Esta competência assume especial relevância nos cuidados à PSC, contextos caracterizados por elevada complexidade clínica, necessidade de intervenções diferenciadas e risco acrescido de eventos adversos. Neste sentido, a implementação de PBE, a monitorização sistemática da qualidade dos cuidados e a adoção de protocolos estruturados constituem estratégias fundamentais para promover a segurança da pessoa e a melhoria contínua dos resultados em saúde.

Nos diferentes contextos de estágio, participámos ativamente na implementação e promoção de estratégias institucionais orientadas para a segurança da pessoa e a efetividade dos cuidados. Destaca-se, neste âmbito, a colaboração na monitorização da aplicação de *bundles* de prevenção de infeções associadas a dispositivos invasivos, bem como a adesão a protocolos institucionais na administração segura da medicação. Estas práticas assumem especial relevância nos cuidados à PSC, frequentemente sujeita a múltiplos dispositivos invasivos e terapêuticas complexas, contextos nos quais a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e de erros terapêuticos constitui um elemento determinante para a segurança e qualidade dos cuidados.

Estivemos igualmente envolvidos na promoção de práticas clínicas baseadas na evidência científica, nomeadamente através da adesão a boas práticas, como o cumprimento rigoroso da higiene das mãos segundo os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2019). Participámos ainda em discussões de equipa centradas na análise de casos clínicos complexos, contribuindo com sugestões fundamentadas e com uma postura crítica e reflexiva. A partilha de

conhecimento e a identificação de oportunidades de melhoria integraram-se de forma consistente na prática diária, refletindo um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade dos cuidados, particularmente em contextos de elevada complexidade clínica.

Assume especial destaque a integração sistemática da passagem estruturada de informação clínica durante as transições de cuidados, nomeadamente nas passagens de turno e na transferência da pessoa entre serviços. Em todos os contextos de estágio, foi utilizado o modelo ISBAR (Identificação, Situação, Breve História Clínica, Avaliação e Recomendação), reconhecido como uma ferramenta eficaz na comunicação segura e estruturada entre profissionais de saúde (Joint Commission, 2012). Esta prática revelou-se fundamental para garantir a continuidade e a segurança dos cuidados, reduzir o risco de omissões e apoiar a tomada de decisão clínica fundamentada, particularmente em contextos de elevada complexidade clínica, nos quais a informação transmitida entre equipas assume um papel determinante para a qualidade e segurança dos cuidados.

A nossa atuação foi igualmente orientada para a promoção de um ambiente terapêutico seguro, não apenas no que respeita ao controlo de infeções e à prevenção de riscos clínicos, mas também à construção de uma relação de confiança com a pessoa e a sua família. Demonstrámos particular atenção à vigilância de sinais precoces de agravamento clínico, à segurança na realização de procedimentos invasivos e à identificação e correção de situações de risco, como acessos venosos com extravasamento ou equipamentos de monitorização inadequadamente calibrados. Esta atitude proativa traduz a responsabilidade do EE na garantia da qualidade e segurança dos cuidados, sobretudo em PSC.

Complementarmente, a frequência de formações promovidas pelo INEM contribuiu para o reforço da preparação técnica e da capacidade de atuação em contextos complexos e de elevada exigência. Estas formações dotaram-nos de ferramentas essenciais para a gestão eficaz de situações de emergência e para a tomada de decisões rápidas, seguras e baseadas na evidência científica, competências indispensáveis à atuação do EE.

Ao longo do percurso formativo, compreendemos que a melhoria contínua da qualidade não constitui um fim em si mesma, mas um processo dinâmico e permanente, que exige envolvimento ativo, espírito crítico, atualização constante e compromisso com os padrões de qualidade em saúde. O exercício da enfermagem especializada implica, assim, não apenas a prestação de cuidados técnicos de elevada qualidade, mas também a capacidade de contribuir de forma ativa para a transformação

das práticas e dos contextos de cuidados, em benefício da PSC, da sua família e das organizações de saúde.

C. Domínio da Gestão dos Cuidados

“C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p.9).

Neste domínio integra-se igualmente a competência inerente ao grau de mestre, conforme estabelecido na alínea b) do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, segundo a qual o mestre deve *“saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”* (p.2246). Esta competência assume particular relevância na prática clínica especializada, especialmente em contextos de elevada complexidade assistencial, nos quais o enfermeiro é frequentemente confrontado com situações clínicas imprevisíveis que exigem raciocínio crítico, tomada de decisão fundamentada e articulação eficaz com equipas multidisciplinares.

Ao longo do percurso académico e dos diferentes contextos de estágio, tivemos a oportunidade de desenvolver e consolidar competências essenciais para o exercício autónomo e diferenciado da prática de enfermagem, nomeadamente no que respeita à gestão, liderança e supervisão de cuidados. Estas competências revelaram-se particularmente relevantes na abordagem à PSC, frequentemente instável, com múltiplas necessidades em simultâneo e elevada dependência de cuidados especializados, como sucede de forma evidente nos contextos de cuidados à pessoa pós-PCR.

Importa salientar que, nos contextos de estágio no SUG e na UCICOR, fomos orientados por enfermeiros chefes de equipa, o que nos proporcionou uma aprendizagem aprofundada nas áreas da gestão e supervisão dos cuidados. A proximidade com estes profissionais permitiu-nos observar e integrar práticas de liderança eficazes, bem como compreender a importância da articulação entre os membros da equipa e da gestão eficiente dos recursos para garantir cuidados de elevada qualidade, particularmente em situações críticas e tempo-dependentes, como a abordagem inicial e a estabilização da PSC.

Em todos os contextos de estágio, foi possível aperfeiçoar o processo de tomada de decisão clínica, sustentado em evidência científica atualizada, protocolos institucionais e experiência profissional. Participámos ativamente na priorização de cuidados à PSC, otimizando os recursos disponíveis e garantindo uma resposta célere e eficaz às necessidades emergentes. Esta competência revelou-se essencial nos cuidados à pessoa pós-PCR, em que a vigilância neurológica, hemodinâmica e respiratória, bem como a prevenção de complicações secundárias, exige decisões rápidas, estruturadas e articuladas.

No contexto da VMER, a tomada de decisão rápida e fundamentada assumiu um papel determinante na abordagem a situações de emergência pré-hospitalar, incluindo episódios de PCR. Nestes contextos, a liderança do enfermeiro, a capacidade de antecipação de necessidades e a gestão eficiente de recursos limitados mostraram-se cruciais para a estabilização da pessoa e para a transição segura para o meio hospitalar, assegurando a continuidade dos cuidados após a reanimação.

A supervisão das tarefas delegadas constituiu outra vertente fundamental desenvolvida ao longo dos estágios. Em ambientes de elevada complexidade, desempenhámos um papel ativo na supervisão de cuidados, assegurando que os procedimentos fossem realizados de acordo com as normas de segurança, protocolos institucionais e boas práticas. Esta supervisão contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a promoção de uma cultura de segurança, particularmente relevante nos cuidados à PSC, em que o risco de eventos adversos é acrescido.

Os diferentes contextos clínicos permitiram-nos observar e colaborar na aplicação da liderança situacional, reconhecendo a importância de ajustar o estilo de liderança à especificidade de cada ambiente e ao nível de competência das equipas. No SUG, caracterizado por um ambiente dinâmico e imprevisível, colaborámos com o enfermeiro orientador numa liderança proativa e orientada para a resolução de problemas, promovendo a fluidez do serviço e a articulação interprofissional. Na UCICOR e na UCIP, contextos mais estruturados, observámos e procurámos integrar uma liderança colaborativa, centrada no trabalho em equipa, na partilha de conhecimento e na gestão integrada dos cuidados à PSC e à sua família.

A otimização do trabalho da equipa e a adequação dos recursos às necessidades dos cuidados foram alvo de atenção e reflexão contínuas. Através da análise crítica das situações clínicas e da avaliação rigorosa das necessidades das pessoas, em articulação com os enfermeiros orientadores, procurámos compreender e apoiar o ajustamento dos recursos humanos e materiais. Esta dimensão

revelou-se particularmente relevante no estágio na VMER, onde os recursos são limitados e cada decisão tem impacto direto no prognóstico da pessoa assistida, bem como nos cuidados pós-PCR, em que a gestão eficiente do tempo, dos meios e das competências é determinante para a evolução clínica.

Adicionalmente, tivemos a oportunidade de observar diferentes estilos de liderança e de colaborar na sua aplicação prática, ajustada ao clima organizacional e às especificidades de cada serviço. Procurámos adotar uma postura colaborativa, facilitadora e motivadora, valorizando a comunicação clara, a partilha de informação e o respeito mútuo, com o objetivo de contribuir para o bom funcionamento das equipas e para uma resposta eficaz às exigências dos cuidados à PSC.

Em síntese, os diferentes contextos de estágio proporcionaram experiências diversificadas e enriquecedoras que permitiram o desenvolvimento das competências de gestão, supervisão e liderança preconizadas pela OE. Consideramos, assim, ter consolidado competências fundamentais para o exercício da enfermagem especializada, com capacidade para gerir cuidados, liderar equipas e tomar decisões clínicas fundamentadas em ambientes complexos e exigentes.

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

“D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p.9).

Neste domínio integra-se igualmente a competência inerente ao grau de mestre, conforme estabelecido na alínea e) do n.º 1 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, segundo a qual o mestre deve possuir *“competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”* (p.2246). Esta competência assume particular relevância na prática de enfermagem especializada, exigindo dos profissionais uma atualização contínua do conhecimento, capacidade de reflexão crítica sobre a prática e adaptação permanente à evolução científica e tecnológica dos contextos de cuidados.

Ao longo do percurso formativo, a consolidação das competências associadas ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais constituiu um pilar essencial na construção da nossa identidade profissional enquanto EE. Estas competências foram desenvolvidas e aprofundadas nos diferentes contextos de estágio, em ambientes de elevada exigência técnica, científica e emocional, particularmente no cuidado à PSC e à sua família.

Reconhecemos que o contacto contínuo com situações de elevada complexidade clínica e emocional contribuiu de forma significativa para o aprofundamento do autoconhecimento, enquanto pessoas e enquanto enfermeiros. A reflexão crítica sobre emoções, reações e decisões clínicas permitiu-nos reconhecer limites, valores e motivações pessoais, favorecendo um exercício profissional mais ético, empático e centrado na pessoa. Esta autorreflexão revelou-se especialmente evidente em situações de urgência, em cenários de instabilidade clínica ou quando confrontados com dilemas éticos associados ao fim de vida, frequentemente presentes nos cuidados à pessoa pós-PCR e às suas famílias.

Em todos os contextos de estágio, desenvolvemos competências de comunicação assertiva, fundamentais para a transmissão clara de informação clínica, para o apoio à tomada de decisão informada e para a articulação eficaz com equipas multidisciplinares em cenários de elevada pressão. Estas competências assumiram particular importância nos momentos de comunicação com a família da PSC, nomeadamente após episódios de PCR, em que a clareza, empatia e adequação da linguagem são determinantes.

Relativamente à adaptabilidade individual e organizacional, a vivência em contextos distintos, com diferentes culturas organizacionais e modelos de cuidados, fortaleceu a nossa capacidade de adaptação a realidades diversas. A integração em equipas multidisciplinares e a exposição a situações imprevistas e de rápida evolução, como as verificadas na VMER, permitiram-nos desenvolver resiliência, flexibilidade e capacidade de ajustamento de comportamentos e estratégias às necessidades do contexto, sem comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

A necessidade constante de tomar decisões clínicas informadas conduziu-nos à valorização e incorporação sistemática da evidência científica mais atual. Este compromisso com a PBE permitiu-nos otimizar os cuidados prestados e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Em contexto de cuidados intensivos, recorremos a recomendações e guidelines internacionais para sustentar decisões relativas à monitorização hemodinâmica, controlo da temperatura, sedação e vigilância neurológica, dimensões particularmente relevantes no cuidado à PSC incluindo em situações de pós-PCR.

Enquanto facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho, procurámos promover um ambiente propício ao desenvolvimento de competências dos colegas e estudantes, através da partilha de conhecimentos, do incentivo à reflexão crítica e da promoção da atualização contínua. Paralelamente, procurou-se reforçar a adesão a procedimentos institucionais e boas práticas

adaptadas aos contextos específicos, nomeadamente no que respeita à adoção de medidas de isolamento, à utilização rigorosa de equipamentos de proteção individual (EPI), à gestão segura de resíduos hospitalares, à higienização das mãos e à prevenção de pneumonia associada à intubação, contribuindo para a segurança da pessoa e para o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Com o objetivo de aprofundar a nossa PBE no domínio central deste relatório, elaborámos uma revisão scoping intitulada *“Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa/Família em Situação Crítica Pós-Paragem Cardiorrespiratória”* (resumo no Apêndice I), a qual permitiu integrar conhecimento científico atualizado e robusto na nossa prática clínica. Participámos igualmente em diversos eventos científicos relevantes, nomeadamente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 (Anexo I), no Instituto Politécnico de Setúbal, e nas III Jornadas de Enfermagem – *ONE HEALTH: Conquistas e Desafios*, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, onde apresentámos o póster *“A Importância da Prática Simulada dos Enfermeiros na Resposta a Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe”* (Apêndice II).

No contexto do estágio no SUG, elaborámos e apresentámos o póster *“Cuidados de Enfermagem à Pessoa Submetida a VNI”* (Apêndice III) e, no estágio desenvolvido na UCICOR, o póster *“Cuidados Pós-Reanimação”* (Apêndice IV), reforçando a articulação entre produção científica, prática clínica e foco nos cuidados à pessoa pós-PCR.

Realizámos ainda várias formações relevantes, incluindo cursos ministrados pelo INEM, nomeadamente o Curso de Formação – Módulo SAV (Anexo III), o Curso de Formação – Módulo Emergências Pediátricas e Obstétricas (Anexo IV), o Curso de Formação – Módulo Emergências Médicas (Anexo V), o Curso de Formação – Módulo Emergências Trauma (Anexo VI) e o Curso de Formação – Módulo Transporte do Doente Crítico e Situação de Exceção (Anexo VII). Realizámos ainda uma formação específica sobre cuidados pós-PCR no âmbito do estágio no SUG e uma formação em SAV durante o estágio na UCIP. Participámos igualmente no exercício *EU MODEX* (Anexo VIII), um exercício europeu de proteção civil desenvolvido no âmbito do Mecanismo de Proteção Civil da União Europeia, que consiste na realização de cenários simulados de catástrofe com múltiplas vítimas, envolvendo diferentes equipas nacionais e internacionais de resposta a emergências. Este exercício tem como objetivo treinar a coordenação operacional entre entidades, a gestão de recursos em contextos de crise e a prestação de cuidados em cenários de elevada complexidade e imprevisibilidade. A participação neste exercício permitiu consolidar conhecimentos e desenvolver competências na

abordagem a situações de exceção e catástrofe, nomeadamente na gestão inicial de vítimas, na articulação interinstitucional e na tomada de decisão em ambientes operacionais exigentes.

Em síntese, a integração dos saberes teóricos, científicos e experienciais, bem como das competências desenvolvidas ao longo do percurso de estágio, permitiu-nos crescer enquanto profissionais reflexivos, autónomos e comprometidos com a excelência dos cuidados. Consideramos ter consolidado uma identidade profissional enquanto EE, capacitados para enfrentar os desafios complexos e dinâmicos inerentes ao cuidado da PSC e da sua família.

2.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

A especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC, tem como finalidade a prestação de cuidados altamente diferenciados à pessoa que se encontra em condição de instabilidade clínica grave, com risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais. Estes cuidados exigem uma intervenção especializada, sustentada em conhecimento técnico-científico avançado, capacidade de tomada de decisão em tempo útil e uma abordagem integral à pessoa e à sua família.

No que diz respeito às competências específicas do EEEMCPSC, estas encontram-se definidas no Regulamento n.º 429/2018, do Diário da República, 2ª série – Nº 135 de 16 de Julho. Neste documento, o cuidado à PSC é descrito como um conjunto de intervenções que *“exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”* (p.19363).

Embora a prestação de cuidados à PSC esteja tradicionalmente associada a contextos como os SU e as UCI, importa reconhecer que a PSC pode necessitar de cuidados especializados ao longo de todo o seu percurso clínico, incluindo o contexto pré-hospitalar, o período intraoperatório e as diferentes fases do internamento hospitalar. Neste sentido, a atuação do EE deve assumir um carácter transversal, assegurando a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa

e à sua família, desde a fase aguda da doença até aos períodos de estabilização clínica e recuperação, como se verifica no contexto pós-PCR.

Neste enquadramento, o Regulamento n.º 429/2018 define as competências específicas do EEMCPSC. De acordo com o artigo 3.º deste regulamento, estas competências compreendem:

- “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil” (p.19359).

O desenvolvimento das atividades planeadas e implementadas ao longo dos estágios teve como principal referencial os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC, definidos pelo Regulamento n.º 361/2015. Estes padrões constituíram a base orientadora da prática clínica desenvolvida, promovendo cuidados seguros, eficazes e humanizados, sustentados na melhor evidência científica disponível e nos princípios éticos e deontológicos que regem o exercício da enfermagem especializada.

De acordo com o Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho, os cuidados de enfermagem especializados à PSC são definidos como "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" (p. 17241). Estes cuidados pressupõem uma observação clínica rigorosa e contínua, a colheita e análise sistemática de dados e a capacidade de antecipar e identificar precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, eficaz e atempada.

Neste contexto, a intervenção do EE assume particular relevância no cuidado à pessoa submetida a PCR, quer na fase aguda, quer no período pós-ressuscitação, caracterizado por elevada instabilidade clínica, complexidade terapêutica e impacto significativo na pessoa e na sua família. A atuação especializada é determinante para a otimização do prognóstico, prevenção de complicações secundárias e promoção de cuidados centrados na pessoa e na família.

Na presente reflexão sobre as intervenções desenvolvidas para a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências específicas do EEMCPSC, destacam-se igualmente as competências inerentes ao grau de mestre, consideradas transversais a todas as dimensões da prática profissional.

Neste sentido, de acordo com o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, salientam-se, entre outras, as competências definidas nas alíneas b) e d), segundo as quais o mestre deve *“saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”* e *“ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”* (p.2246). Estas competências assumem particular relevância na prática clínica especializada, exigindo capacidade de tomada de decisão fundamentada, integração de conhecimentos científicos e comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, a PSC e a sua família.

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

A prática clínica desenvolvida ao longo de treze anos, dos quais cerca de seis anos em contexto de SUG, consolidada através da procura sistemática e autónoma de evidência científica, constituiu uma base sólida para a prestação de cuidados diferenciados à PSC. A integração dos conhecimentos adquiridos nas diversas UC do mestrado permitiu aprofundar, estruturar e qualificar esta prática, promovendo cuidados clínicos especializados, fundamentados na evidência científica e orientados para a excelência assistencial, conforme preconizado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC no Regulamento n.º 361/2015.

Embora a prestação de cuidados à PSC e à sua família em contexto de SUG não constituísse uma realidade desconhecida, a integração num novo contexto institucional e numa equipa multidisciplinar distinta implicou um processo de adaptação exigente. Esta transição profissional exigiu a mobilização de competências pessoais, relacionais e profissionais, fundamentais para uma integração eficaz em contextos de elevada complexidade, tal como descrito por Meleis (2010).

A prática clínica decorreu maioritariamente na sala de reanimação, área fulcral na abordagem inicial à PSC, frequentemente sem passagem prévia pela triagem. Neste contexto, foi possível intervir em múltiplas situações de instabilidade hemodinâmica da PSC associadas a patologias críticas, como AVC, edema agudo do pulmão, exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crónica, EAM,

arritmias cardíacas e PCR. Estas situações exigiram a mobilização célere de competências técnico-científicas, pensamento clínico estruturado e capacidade de atuação em equipa, conforme descrito por Urden, Stacy e Lough (2025). Simultaneamente, impuseram a necessidade de uma intervenção sensível, ética e humanizada junto da pessoa e da sua família, frequentemente confrontadas com a imprevisibilidade e ameaça à vida.

Sendo o SUG classificado como de nível II, de natureza médico-cirúrgica, foi igualmente possível prestar cuidados diferenciados a pessoas vítimas de trauma, incluindo quedas e situações de politraumatismo resultantes de acidentes de viação. A diversidade e complexidade das situações clínicas experienciadas contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento de competências no reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica, na priorização de intervenções e na tomada de decisão segura e fundamentada.

A permanência da PSC na sala de reanimação orientou-se pela necessidade de estabilização clínica, com posterior encaminhamento para outras áreas do SUG ou para serviços diferenciados, como a UCI ou o Laboratório de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção. Estas transições de cuidados foram sustentadas por uma avaliação clínica contínua e por uma articulação estreita entre a equipa médica e de enfermagem. A passagem de informação foi assegurada através da comunicação estruturada, recorrendo a registos clínicos e a reporte verbal segundo a metodologia ISBAR, promovendo a continuidade e a segurança dos cuidados, em consonância com o preconizado pela DGS (DGS; 2017).

A prestação de cuidados altamente diferenciados à PSC requer conhecimento técnico-científico aprofundado, capacidade de resposta rápida, pensamento crítico e tomada de decisão clínica segura. Durante o estágio no SUG, foi possível participar no atendimento a pessoas com quadros clínicos complexos e de elevada gravidade, como o caso da Sra. M., de 86 anos, admitida na sala de reanimação por hemiparesia direita súbita com duas horas de evolução. A avaliação clínica e os exames complementares permitiram diagnosticar uma dissecção aórtica, situação de risco vital eminente.

Desde o primeiro contacto, evidenciou-se a capacidade para realizar uma avaliação célere e rigorosa, assegurando a monitorização contínua dos parâmetros vitais e a comunicação atempada de alterações relevantes à equipa médica. Participou-se ativamente na preparação e administração de perfusões contínuas de labetalol e dinitrato de isossorbida, bem como na monitorização da resposta hemodinâmica, com especial atenção à pressão arterial alvo. A vigilância do local de inserção da linha

arterial e a manutenção da assepsia durante os procedimentos integraram igualmente as intervenções desenvolvidas.

A complexidade do quadro exigiu uma abordagem centrada na estabilização clínica e na eventual transferência inter-hospitalar, implicando contacto com unidades de referência e reformulação contínua do plano de cuidados. Durante este processo, foi mantida uma postura profissional orientada para a promoção do conforto, segurança e dignidade da pessoa, que, apesar da gravidade da situação, permanecia consciente e orientada. O desfecho desfavorável do caso, com o falecimento da pessoa após dois dias de internamento, reforçou a importância da intervenção precoce, da estabilização hemodinâmica adequada e da articulação eficaz entre níveis de cuidados, tendo sido alvo de reflexão estruturada através do ciclo reflexivo de Gibbs.

Cuidar da PSC implica não apenas o domínio técnico e científico, mas também uma abordagem integral e humanizada, sensível às necessidades emocionais, sociais e familiares decorrentes da instabilidade súbita e da ameaça à vida. Esta dimensão do cuidar foi transversal aos vários contextos de estágio, assumindo particular relevância nas situações em que a PSC se encontrava em PCR e pós-ressuscitação.

Uma das situações mais marcantes foi a do Sr. P., de 45 anos, admitido no SUG por dor torácica súbita, transportado pela VMER, que entrou em PCR à chegada à unidade hospitalar. Foi imediatamente iniciado o algoritmo de SAV, tendo sido obtido RCE após atuação coordenada da equipa, na qual se participou ativamente, nomeadamente no apoio à ventilação, administração de fármacos e monitorização contínua.

Após a estabilização inicial, procedeu-se a uma avaliação sistemática segundo a metodologia ABCDE, fundamental na abordagem estruturada da PSC (Thim et al., 2012). O ECG revelou EAM com SST, tendo sido realizada transferência imediata para o Laboratório de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção. Apesar de não ter sido possível acompanhar a evolução subsequente da pessoa, a intervenção desenvolvida até à transferência foi determinante para garantir a estabilidade clínica necessária à realização do procedimento de revascularização.

Paralelamente à intervenção junto da pessoa, foi prestado apoio à família, nomeadamente à esposa, que chegou, entretanto, à unidade hospitalar. A comunicação foi realizada em articulação com o médico responsável, num ambiente reservado, assegurando escuta ativa, transmissão de informação clara e adequada ao nível de compreensão e suporte emocional. Esta intervenção evidenciou a

importância da comunicação terapêutica e da relação de ajuda como componentes essenciais do cuidar em situação crítica, particularmente em contextos de PCR e pós-PCR.

Contrariamente à experiência em contexto de SUG, a integração na UCIP representou um desafio significativo, dadas as diferenças na dinâmica assistencial. Enquanto no SUG predomina a resposta rápida a múltiplas situações agudas, nos cuidados intensivos a intervenção centra-se num acompanhamento contínuo, altamente vigilante e pormenorizado da PSC, exigindo atenção constante a alterações subtis do estado clínico e uma planificação rigorosa das intervenções (American Association of Critical-Care Nurses [AACN], 2015; Urden, Stacy & Lough, 2025).

Apesar da exigência do processo de adaptação, a experiência em cuidados intensivos revelou-se extremamente enriquecedora, permitindo consolidar competências na vigilância hemodinâmica, respiratória e neurológica, aprofundar conhecimentos na utilização de dispositivos médicos avançados e desenvolver uma abordagem de cuidados mais personalizada e centrada na pessoa e na sua família (Bench & Day, 2010).

Durante o estágio na UCIP, destacou-se a necessidade de desenvolver competências específicas na avaliação e gestão da dor, conforto e bem-estar da PSC, particularmente em pessoas ventiladas e/ou com falência orgânica. A avaliação da dor foi realizada através de escalas validadas, como a Escala Numérica da Dor e a Escala Visual Analógica, sempre que a comunicação verbal era possível, e a Escala Comportamental Indicadora de Dor nos casos de comunicação comprometida. A monitorização da sedação foi assegurada através da Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), permitindo ajustes individualizados da terapêutica em articulação com a equipa médica.

Foram igualmente implementadas medidas de conforto ambiental e intervenções não farmacológicas, com especial atenção à humanização dos cuidados, ao posicionamento, à higiene e ao controlo do ruído e da luminosidade. O envolvimento da família assumiu um papel relevante, sobretudo na UCIP, onde se promoveu a escuta ativa, o apoio emocional e a partilha de informação, reconhecendo-se a importância da presença familiar mesmo em situações de sedação ou inconsciência.

Na UCICOR, a prática centrou-se na vigilância e intervenção junto de pessoas com patologia cardíaca aguda e/ou crítica, frequentemente com risco elevado de vida. A prestação de cuidados exigiu não só rigor técnico-científico, mas também capacidade de comunicação terapêutica e apoio emocional à pessoa e à família. A realização de turnos de observação no Laboratório de Hemodinâmica

e no Laboratório de Pacing e Eletrofisiologia permitiu aprofundar conhecimentos sobre o diagnóstico e tratamento de patologias cardíacas agudas, reforçando a importância da continuidade dos cuidados.

A título exemplificativo, destaca-se a intervenção junto do Sr. F., de 48 anos, internado na UCICOR por taquicardia ventricular, após transferência do SUG. Após a estabilização inicial e a explicação do plano terapêutico pela equipa médica – que incluía a realização de exames complementares e procedimentos invasivos, como o estudo eletrofisiológico – a pessoa manifestou ansiedade significativa e expressou o desejo de ser transferida para a instituição privada onde habitualmente é seguida. Perante esta situação, foi desenvolvida uma intervenção centrada na pessoa, baseada na escuta ativa, no esclarecimento individualizado das dúvidas e na explicação dos objetivos e implicações do plano de cuidados proposto, bem como dos riscos associados a uma eventual transferência pelos próprios meios. Esta abordagem permitiu reduzir a ansiedade manifestada e promover maior compreensão da situação clínica e do plano terapêutico, favorecendo a confiança na equipa e a adesão aos cuidados propostos, evidenciando a relevância da comunicação terapêutica e da tomada de decisão partilhada no cuidado à PSC.

Complementarmente, a realização dos cursos promovidos pelo INEM e a atribuição da competência de Enfermeiro de VMER (anexo IX) reforçaram significativamente esta competência, potenciando a capacidade de resposta em situações de emergência, PCR e transporte da PSC. Esta formação consolidou competências em SBV e SAV, gestão da via aérea, suporte ventilatório e circulatório, bem como comunicação eficaz em contextos de elevada pressão, de acordo com os referenciais formativos do INEM (2019), contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento de competências especializadas alinhadas com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 361/2015).

Por fim, a elaboração de dois posters científicos, um sobre cuidados de enfermagem à pessoa submetida a ventilação não invasiva e outro sobre cuidados pós-reanimação, tal como referidos anteriormente, constituiu uma oportunidade de aprofundamento teórico e de partilha de conhecimento, reforçando a cultura de PBE e a integração progressiva do foco nos cuidados, em articulação com os diferentes contextos da prática clínica.

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

Antes de desenvolver a reflexão sobre a forma como esta competência foi adquirida, desenvolvida e consolidada ao longo do percurso formativo, considerou-se pertinente proceder à clarificação dos conceitos que lhe estão subjacentes, uma vez que estes orientam a natureza da resposta esperada por parte do EEEMCPSC.

A emergência corresponde a uma situação súbita e inesperada que coloca a vida da pessoa em risco iminente, exigindo uma resposta rápida, coordenada e tecnicamente eficaz por parte da equipa de saúde. Estas situações caracterizam-se pela necessidade de intervenções imediatas orientadas para a restauração da estabilidade fisiológica e para a prevenção do agravamento clínico, sendo exemplos paradigmáticos os episódios de PCR, EAM ou AVC (Reynolds et al., 2017; Urden, Stacy, & Lough, 2025).

Por sua vez, a exceção refere-se a eventos que, embora não impliquem necessariamente um elevado número de vítimas, requerem respostas diferenciadas das habitualmente previstas nos sistemas de saúde, frequentemente com necessidade de recursos humanos, técnicos ou organizacionais adicionais. Enquadram-se neste conceito situações como acidentes com matérias perigosas, falhas críticas de infraestruturas hospitalares ou episódios de violência com múltiplas vítimas, exigindo ativação de planos específicos e elevada capacidade de adaptação por parte das equipas (DGS, 2024).

A catástrofe corresponde a um evento de grande escala, associado a um número elevado de vítimas e a danos materiais ou ambientais significativos, que ultrapassa a capacidade de resposta local, impondo a ativação de mecanismos de proteção civil e de cooperação interinstitucional. Incluem-se neste tipo de eventos os sismos, incêndios de grandes proporções, pandemias ou acidentes coletivos com múltiplas vítimas (Carmo & Franco, 2011; Perry & Lindell, 2007).

A mobilização desta competência implicou não apenas a resposta imediata a situações críticas, mas também a capacidade de conhecer, antecipar, planear e operacionalizar planos de emergência previamente definidos, assegurando uma transição eficaz entre a conceção estratégica e a ação clínica.

Ao longo dos estágios desenvolvidos, fomos confrontados com múltiplas situações de emergência clínica que exigiram a mobilização imediata de competências técnico-científicas avançadas, nomeadamente a implementação de algoritmos de SAV, a estabilização de PSC, a ativação de meios complementares de diagnóstico de emergência e a gestão de prioridades na prestação de

cuidados. Estas experiências permitiram aplicar, em contexto real, planos previamente concebidos, articulando o conhecimento teórico com a ação clínica eficaz.

Um exemplo paradigmático ocorreu durante o estágio na UCIP, com a Sra. P., de 26 anos, submetida a uma cesariana de urgência por sofrimento fetal. No período pós-operatório imediato, desenvolveu uma hemorragia maciça, por via vaginal e pela ferida cirúrgica, configurando uma situação de emergência grave com risco vital. Face à rápida deterioração clínica, foi ativada a EEMI, constituída por um médico e um enfermeiro da UCIP, e implementado o protocolo institucional de transfusão maciça, ilustrando de forma clara a operacionalização de planos de resposta previamente definidos para situações de emergência e exceção (DGS, 2018).

A puérpera apresentava-se prostrada, hipotérmica, taquicárdica e com valores de hemoglobina de 7,6 g/dL, contrastando com os 11,6 g/dL registados no período pré-operatório. O agravamento do estado clínico determinou a necessidade de entubação orotraqueal, adaptação a ventilação mecânica invasiva e transferência imediata para a UCIP. Esta situação permitiu uma participação ativa na gestão integrada dos cuidados, evidenciando a importância da resposta rápida, estruturada e articulada entre equipas, bem como a relevância da preparação prévia para cenários de exceção. O episódio foi posteriormente objeto de reflexão crítica sistematizada através do ciclo reflexivo de Gibbs.

Esta experiência evidencia a capacidade de operacionalizar planos previamente concebidos para situações de emergência e exceção, articulando protocolos institucionais, liderança clínica e trabalho em equipa, numa resposta integrada e eficaz desde a identificação da situação até à intervenção terapêutica.

Neste contexto específico, emergiu ainda o desafio adicional da escassez de conhecimento especializado em obstetrícia por parte da equipa de cuidados intensivos, o que exigiu uma articulação estreita com especialistas da área. Esta limitação foi ultrapassada através de uma abordagem colaborativa e multidisciplinar, reforçando a importância da flexibilidade, da comunicação eficaz e da adaptação contínua das equipas em situações de exceção.

Com o objetivo de consolidar o desenvolvimento desta competência, procurámos, desde o início dos estágios, conhecer e compreender os Planos de Emergência Interna Hospitalar, bem como os planos específicos dos serviços onde decorreu a prática clínica. Verificou-se que o SUG, a UCICOR e a UCIP do piso 1 dispunham de planos próprios, enquanto a UCIP do piso 3, por se tratar de uma

unidade recente, seguia ainda as orientações do plano da UCIP do piso 1. A familiarização com estas estruturas normativas permitiu compreender os fluxos de atuação e os mecanismos de resposta definidos para contextos de exceção, reforçando a capacidade de antecipação e de atuação segura.

O conhecimento prévio destes planos e a compreensão dos fluxos de atuação definidos permitiram uma intervenção mais segura, estruturada e proativa em contexto real, reforçando a ligação entre a fase de planeamento e a resposta operacional em situações críticas.

Apesar de não termos experienciado diretamente uma situação de catástrofe real durante os estágios, foi possível desenvolver competências relevantes nesta área através da formação "Transporte do Doente Crítico e Situação de Exceção" (Anexo VII), promovida pelo INEM. Esta formação abordou conteúdos fundamentais como a atuação em cenários com múltiplas vítimas, a triagem primária e secundária em contexto multivítimas e o desenvolvimento de competências de liderança de equipas (Team-Leader). Estes conhecimentos foram posteriormente consolidados pela participação no exercício europeu EU MODEX 2025 (Anexo VIII), um treino operacional e técnico em contexto de simulação de catástrofe, coordenado pelo INEM, pela Guarda Nacional Republicana e por entidades do Consórcio Europeu. Esta experiência permitiu compreender a complexidade logística, organizacional e emocional associada à resposta a eventos de grande escala, reforçando a preparação para colaborar eficazmente em contextos de exceção e catástrofe.

Adicionalmente, os conteúdos lecionados na UC "Situação de Emergência, Exceção e Catástrofe", integrada no plano de estudos do mestrado, revelaram-se fundamentais para a consolidação do enquadramento teórico que sustenta uma prática informada, crítica e consciente nestes contextos.

Por fim, importa destacar a experiência adquirida durante a pandemia de COVID-19, no âmbito da prática profissional, a qual contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de competências na gestão da resposta a uma emergência de saúde pública. A necessidade de adaptação contínua de circuitos, reorganização de equipas, gestão criteriosa de recursos e comunicação eficaz em contexto de crise constituiu um exemplo concreto de atuação em cenário de exceção prolongada, exigindo resiliência, capacidade de liderança e atualização permanente.

Deste modo, considera-se que esta competência foi adquirida e consolidada através da integração do conhecimento conceptual, da preparação estratégica e da intervenção clínica em contexto real, evidenciando a capacidade de dinamizar respostas eficazes em situações de emergência,

exceção e catástrofe, desde a conceção à ação, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 429/2018.

3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da 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

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem, na atualidade, um dos principais desafios para os sistemas de saúde a nível global, assumindo particular relevância nos contextos de cuidados intensivos, onde a PSC apresenta maior vulnerabilidade clínica. O impacto das IACS reflete-se não apenas na evolução clínica da pessoa, mas também nas unidades prestadoras de cuidados e na comunidade em geral, traduzindo-se em consequências clínicas, económicas e sociais relevantes. Deste modo, nenhuma instituição de saúde pode desvalorizar a sua magnitude e implicações (OMS, 2022; European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2024).

As IACS definem-se como infeções adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde, frequentemente associadas à realização de procedimentos invasivos, à utilização de dispositivos médicos e/ou à inadequada implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção. Estas infeções podem ocorrer tanto em ambiente hospitalar como comunitário e não se restringem às pessoas em tratamento, podendo igualmente afetar os profissionais de saúde no exercício da sua atividade (OMS, 2022).

A evidência científica tem demonstrado que as IACS estão associadas a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade, ao prolongamento do tempo de internamento e a um acréscimo substancial dos custos em saúde (OMS, 2022; ECDC, 2024). Esta problemática é ainda agravada pelo crescimento da resistência aos antimicrobianos (RAM), reconhecida como uma ameaça global à saúde pública, com impacto direto na eficácia terapêutica, na segurança dos cuidados e na sustentabilidade dos sistemas de saúde (OMS, 2022).

Em Portugal, os dados mais recentes evidenciam um agravamento da prevalência de IACS. O inquérito europeu Point Prevalence Survey (PPS) III, realizado entre 2022 e 2023, revelou uma prevalência de 11,6% de IACS entre as pessoas internadas, valor substancialmente superior à média europeia de 6,3%, posicionando o país entre os que apresentam maior incidência na União Europeia (ECDC, 2024). Este resultado confirma a tendência de agravamento face aos 7,8% registados em Portugal no âmbito do PPS II, realizado em 2017 (DGS, 2017).

Apesar de se reconhecer que, em contextos de elevada gravidade clínica, algumas infeções possam ser inevitáveis, estima-se que mais de um terço das IACS sejam passíveis de prevenção. A implementação rigorosa de programas de higiene, vigilância epidemiológica e controlo de infeção tem demonstrado ser uma estratégia eficaz na redução da sua incidência, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados (OMS, 2022; DGS, 2020).

Neste enquadramento, o desenvolvimento desta competência implicou uma atuação proativa, sistemática e fundamentada do EE na prevenção, intervenção e controlo da infeção, ajustada à complexidade clínica da PSC e à necessidade de respostas em tempo útil.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível consolidar esta competência, a qual assume particular relevância na prestação de cuidados à PSC, dada a complexidade clínica, a instabilidade hemodinâmica frequente e a necessidade de intervenções invasivas.

Observou-se uma valorização consistente das boas práticas de prevenção e controlo de infeção nos diversos serviços, destacando-se a correta higienização das mãos enquanto medida basilar e universalmente reconhecida como a mais eficaz na prevenção da transmissão cruzada de microrganismos. A existência de lavatórios funcionais e de soluções antissépticas à base de álcool em locais estratégicos favoreceu a adesão a esta prática (OMS, 2022). Paralelamente, eram realizadas auditorias regulares a procedimentos como a higienização das mãos, a utilização adequada de luvas e a algaliação, com o objetivo de monitorizar, reforçar e uniformizar as boas práticas, promovendo a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados.

Enquanto EE em formação, participou-se ativamente na implementação e monitorização destas práticas, adotando uma postura vigilante e corretiva sempre que identificadas oportunidades de melhoria, contribuindo para a redução do risco de infeção associada aos cuidados.

Verificou-se igualmente a utilização criteriosa de EPI, em função da avaliação do risco de exposição e do tipo de procedimento a realizar. A aplicação rigorosa da técnica asséptica foi particularmente evidente na execução de procedimentos invasivos de maior risco, como a cateterização vesical e a colocação de cateteres venosos centrais, contribuindo para a minimização do risco de infeções associadas a dispositivos.

Na UCIP, destacou-se a preocupação acrescida com a implementação sistematizada de recomendações baseadas na evidência científica, nomeadamente através da aplicação dos

denominados feixes de intervenção (bundles). Estes incluíam estratégias dirigidas à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, da pneumonia associada à intubação, da infeção relacionada com cateter venoso central (CVC) e da infeção da ferida cirúrgica. A aplicação consistente destes bundles traduz-se numa abordagem integrada e padronizada, com eficácia comprovada na redução da incidência de IACS (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021; DGS, 2020).

A participação ativa na aplicação e vigilância do cumprimento destes bundles permitiu desenvolver competências na avaliação contínua do risco infeccioso, na intervenção precoce perante desvios e na adaptação das medidas preventivas às especificidades clínicas da PSC.

Observou-se ainda o empenho da equipa de enfermagem da UCIP na inclusão da família no processo de prevenção e controlo de infeção. Foram promovidas ações de ensino dirigidas aos familiares relativamente à correta lavagem e desinfeção das mãos, bem como ao uso adequado de EPI, como luvas, máscara cirúrgica e bata, durante as visitas. Estas intervenções educativas foram realizadas de forma intencional e estruturada, reconhecendo a família como parceira nos cuidados e como elemento ativo na prevenção da transmissão de microrganismos.

A prevenção da infeção encontra-se indissociavelmente ligada à contenção da RAM, fenómeno que compromete a eficácia das terapêuticas disponíveis e agrava a vulnerabilidade da PSC. A OMS (2022) identifica a RAM como uma das principais ameaças à saúde pública, associada a infeções mais prolongadas, de maior gravidade clínica e com custos acrescidos.

No decurso da prática clínica, foi possível observar a implementação de estratégias orientadas para a otimização do uso de antimicrobianos, nomeadamente a colheita adequada de culturas microbiológicas previamente ao início da antibioterapia, o acompanhamento rigoroso da evolução clínica e a colaboração ativa na revisão da terapêutica instituída. Estas intervenções, integradas numa abordagem multidisciplinar, promovem uma utilização racional dos antimicrobianos e contribuem para a prevenção do surgimento e disseminação de microrganismos multirresistentes (DGS, 2020; OMS, 2022).

Destaca-se igualmente a articulação estreita com os grupos de controlo de infeção hospitalar, particularmente em situações de infeção por microrganismos multirresistentes, como *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemos ou *Acinetobacter baumannii*. A gestão destes casos exige a implementação célere de medidas específicas de isolamento, vigilância epidemiológica e revisão da

antibioterapia, sendo fundamental uma atuação fundamentada e em tempo útil. A participação nestes processos contribuiu de forma significativa para a consolidação desta competência.

A utilização criteriosa da antibioterapia empírica e dirigida, bem como a monitorização contínua da sua adequação à evolução clínica e microbiológica da pessoa, foram aspetos consistentemente reforçados. Este processo implicou um diálogo permanente com a equipa multidisciplinar e com a farmácia hospitalar, evidenciando o papel ativo do EE na vigilância de efeitos adversos, reações alérgicas e necessidade de monitorização laboratorial associada à terapêutica antimicrobiana.

Importa ainda salientar a relevância dos conteúdos abordados nas UC do mestrado, particularmente no âmbito da prevenção e controlo da infeção e da RAM em contexto crítico, os quais sustentaram o desenvolvimento desta competência à luz da melhor evidência científica disponível. O conhecimento aprofundado das normas da DGS e das orientações da OMS reforçou a capacidade de análise crítica e de tomada de decisão em situações clínicas complexas, promovendo a segurança da pessoa, da equipa e da comunidade.

A articulação entre a prevenção das IACS e o combate à RAM evidencia a necessidade de uma atuação consciente, sistematizada e cientificamente fundamentada por parte do EE, quer na prática direta de cuidados, quer no âmbito da formação dos pares e da educação da PSC e da família. A vigilância epidemiológica, a formação contínua e o cumprimento rigoroso dos protocolos institucionais constituem, assim, pilares essenciais para a maximização da segurança dos cuidados e para a preservação da eficácia terapêutica no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC, constituiu uma oportunidade ímpar para a consolidação de conhecimentos, o desenvolvimento e aquisição de competências avançadas e o aprofundamento de uma prática clínica especializada, ética e sustentada na melhor evidência científica disponível.

As experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio permitiram não apenas a aplicação de saberes teóricos, mas também a construção de uma reflexão crítica e integrada sobre a complexidade inerente ao cuidado da PSC e da sua família. No que concerne à PSC em PCR, enquanto evento agudo e profundamente disruptivo, revelou-se um cenário particularmente exigente para a mobilização de competências avançadas, abrangendo desde a intervenção técnica especializada até à prestação de cuidados humanizados, centrados na pessoa, na família e nos significados atribuídos à experiência de doença crítica.

A implementação de intervenções de enfermagem diferenciadas, sustentadas na Teoria das Transições de Afaf Meleis, permitiu não só promover a segurança clínica e a recuperação física das PSC, mas também reconhecer e dar resposta às suas vulnerabilidades emocionais e às necessidades da família. Tornou-se evidente que o sucesso do cuidado não se limita à estabilização hemodinâmica da PSC, exigindo uma abordagem holística que valorize o suporte emocional, a comunicação terapêutica e a inclusão ativa da família no processo de cuidados e na tomada de decisão, particularmente nos períodos de maior incerteza e transição, como na situação de pós-PCR.

A articulação com equipas multidisciplinares, o recurso sistemático à PBE e a capacidade de integrar saberes teóricos e práticos revelaram-se determinantes para a construção de um percurso formativo sólido e consistente, orientado pelos princípios éticos e legais que regem a profissão. Este percurso permitiu igualmente consolidar competências inerentes ao grau de Mestre, nomeadamente a capacidade de análise crítica, de tomada de decisão em contextos complexos e de comunicação eficaz com diferentes interlocutores.

Em síntese, considera-se que os objetivos delineados para os estágios foram plenamente alcançados, verificando-se a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCPSC, bem como das competências conferentes ao grau de Mestre. Este percurso contribuiu de forma decisiva para a afirmação de uma identidade profissional autónoma, reflexiva, crítica e

eticamente comprometida, capaz de responder aos desafios complexos da prática clínica avançada, promovendo a humanização, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à PSC e à sua família.

BIBLIOGRAFIA

Abdul Halain, A., Tang, L. Y., Chong, M. C., Ibrahim, N. A., & Lim Abdullah, K. (2022). Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5–6), 497–507. <https://doi.org/10.1111/jocn.15962>

Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, R., & O'Brien, A. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13–14), 1805–1817. <https://doi.org/10.1111/jocn.12065>

American Association of Critical-Care Nurses. (2015). *AACN scope and standards for acute and critical care nursing practice*. American Association of Critical-Care Nurses. <https://www.aacn.org/nursing-excellence/aacn-standards>

American Heart Association. (2020). Hemodynamic management after cardiac arrest. *Circulation*, 141(6), e294–e309. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000769>

American Heart Association. (2021). Post-cardiac arrest care: 2021 guidelines update. *Circulation*, 144(4), e123–e138. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000930>

Assembleia da República. (2012). *Lei n.º 25/2012, de 16 de julho — Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)*. Diário da República, 1.ª série, n.º 136, 16 de julho de 2012. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/25-2012-178370>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-045037-9

Bench, S., & Day, T. (2010). Developing a competent workforce for critical care: Rethinking roles and processes. *Nursing in Critical Care*, 15(2), 86–95. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00456.x>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (M. Faria, Trad.). Quarteto Editora. (Obra original publicada em 1984)

Bloomer, M. J., Endacott, R., Ranse, K., Coombs, M., & Darbyshire, J. (2020). Family presence during resuscitation and invasive procedures in adult critical care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3–4), 413–428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15093>

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences* (pp. 843–860). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103

Carmo, M. E., & Franco, T. B. (2011). Emergências em saúde pública: Conceitos e estratégias de resposta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4517–4525. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200030>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Infection control guidelines*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/index.html>

Chick, N. L., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (pp. 237–254). Aspen. <https://repository.upenn.edu/entities/publication/c6bc5f7d-0ce4-4b1e-b1c3-2d476fde339f>

Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): Versão 2019*. ICN – International Council of Nurses.

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Biester, R., Donahoe, M. P., Penrod, J. D., Hinderer, K., Kvale, E., Nelson, J. E., Nunnally, M., Azoulay, E., Hartog, C. S., Rubenfeld, G. D., Malvar, G., Cheung, A. M., & Curtis, J. R. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Cria as unidades locais de saúde enquanto entidades públicas empresariais integradas no SNS. (2023). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 215. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/102-2023-222847263>

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. (2006). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 60, 2242–2257. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>

Despacho n.º 5800/2018. (2018). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113, de 14 de junho de 2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5800-2018-115384969>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017 — Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/comunicacao.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Relatório do inquérito de prevalência de ponto em hospitais de agudos em Portugal (PPS II)*. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Relatório do inquérito de prevalência de ponto de infeções associadas aos cuidados de saúde e consumo de antimicrobianos nos hospitais de agudos em Portugal — 2017 (PPSII)*. DGS. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 020/2018: Hemorragia obstétrica — abordagem e atuação*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-03122018.aspx>



Direção-Geral da Saúde. (2019). *Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/01/Carta-dos-Direitos-de-Acesso.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos (PPCIRA)*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2024). *Plano de Emergência da Saúde*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2024/06/Plano-de-Emergencia-da-Saude.pdf>

Douma, M. J., Graham, T. A. D., Ali, S., Dainty, K. N., Bone, A., Smith, K. E., Denet, L., Brindley, P. G., Kroll, T., & Frazer, K. (2021). What are the care needs of families experiencing cardiac arrest?: A survivor and family led scoping review. *Resuscitation*, 168, 119–141. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.09.019>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – 2022–2023*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-european-acute-care-hospitals-2022-2023>

Gräsner, J. T., Wnent, J., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Masterson, S., Lilja, G., & European Resuscitation Council Investigators. (2021). EuReCa ONE–27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*, 159, 157–163. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.11.036>

Hegazy, A. F., Lapierre, D. M., Butler, R., & Althenayan, E. (2015). Temperature control in critically ill patients with a novel esophageal cooling device: A case series. *BMC Anesthesiology*, 15, 152. <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0133-6>

Hirsch, K. G., Abella, B. S., Amorim, E., Bader, M. K., Barletta, J. F., Berg, K., Berman, J. S., Calip, G. S., Chugh, S. S., Clardy, P. F., Colbert, S. B., Derdeyn, C. P., Emert, R., Holm, M. B., Hough, C. L., Jasti, J., Ketchum, M., Kurian, M. A., & Leary, M. C. (2024). Critical care management of patients after cardiac arrest: A scientific statement from the American Heart Association and Neurocritical Care Society. *Neurocritical Care*, 40(1), 1–37. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001202>

Hwang, D. Y., Oczkowski, S. J. W., Lewis, K., Birriel, B., Downar, J., Farrier, C. E., Fiest, K. M., Gerritsen, R. T., Hart, J., Hartog, C. S., Heras-La Calle, G., Hope, A. A., Jennerich, A. L., Kentish-Barnes, N., Kleinpell, R., Kross, E. K., Marshall, A. P., Nydahl, P., Peters, T., Rosa, R. G., Scruth, E., Sederstrom, N., Stollings, J. L., Turnbull, A. E., Valley, T. S., Netzer, G., Aslakson, R. A., & Hopkins, R. O. (2025). Society of Critical Care Medicine guidelines on family-centered care for adult ICUs: 2024. *Critical Care Medicine*, 53(2), e465–e482. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006549>

Instituição Hospitalar. (s.d.). [Nome omitido para garantir o anonimato].

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Suporte avançado de vida: Manual do formando* (4.ª ed.). INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Registo Nacional da Paragem Cardiorrespiratória Pré-Hospitalar: Relatório 2020*. INEM.

Joint Commission. (2012). *Transitions of care: The need for a more effective approach to continuing patient care*. The Joint Commission. https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/hot_topics_transitions_of_carepdf.pdf

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Artmed.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Ministério da Saúde. (2002). *Despacho Normativo n.º 11/2002*. Diário da República, n.º 55, Série I-B, de 6 de março de 2002. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>

Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543–552. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009226>

Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2019). Positive effects of family-centred care interventions on adult intensive care patients' and family members' satisfaction: A systematic review. *Australian Critical Care*, 32(4), 319–326. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.10.005>

Olsson, A., Sjöberg, F., & Salzmänn-Erikson, M. (2021). Follow the protocol and kickstart the heart—Intensive care nurses' reflections on being part of rescue situations in interdisciplinary teams. *Nursing Open*, 8(6), 3325–3333. <https://doi.org/10.1002/nop2.1050>

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Guia de prática para a higiene das mãos nos cuidados de saúde: 5 momentos para a higienização das mãos*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Global report on infection prevention and control*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

Pereira, E. R., de Melo Souza, V., Broca, P. V., da Silva, M. E., da Silva, T. C. J., de Almeida Guilherme, F. J., & Rocha, R. G. (2021). Cuidados de enfermagem ao paciente pós-parada cardiorrespiratória: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(4), e9310413861. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13861>

Perry, R. W., & Lindell, M. K. (2007). *Emergency planning*. John Wiley & Sons. ISBN: 978-0-471-92077-9

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados – RGPD). (2016). *Jornal*

Oficial da União Europeia, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. (2011). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648–8653. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477087>

Regulamento n.º 124/2011 — Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011. <https://ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124-2011-competenciasespecifenfpressoasituacaocritica.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 — Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 140/2019 de 4 de fevereiro. Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. (2019). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 24, 4041–4051. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119901961>

Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. (2015). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 123, 17240–17247. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67551714>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. (2018). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359–19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-116704923>

Reynolds, T. A., Sawe, H., Rubiano, A. M., Shin, S. D., Wallis, L., & Mock, C. N. (2017). Strengthening health systems to provide emergency care. In D. T. Jamison, H. Gelband, S. Horton, et al. (Eds.), *Disease control priorities: Improving health and reducing poverty* (3rd ed., pp. 247–265). The World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0527-1_ch13

Rojas, D. A., DeForge, C. E., Abukhadra, S. L., Farrell, L., George, M., & Agarwal, S. (2023). Family experiences and health outcomes following a loved ones' hospital discharge or death after cardiac arrest: A scoping review. *Resuscitation Plus*, 14, 100370. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100370>

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153–171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>

Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). ABCDE—A systematic approach to critically ill patients. *International Journal of General Medicine*, 5, 117–121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2025). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (10th ed.). Elsevier. ISBN: 978-0-443-11581-3.

Waldemar, A., Strömberg, A., Thylén, I., & Bremer, A. (2023). Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life: An interview study with cardiac arrest survivors and their family members. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20), 7412–7424. <https://doi.org/10.1111/jocn.16788>

Wang, S., Zhang, L., Lin, F., Zeng, L., & Lin, Y. (2020). Effects of structured education programs on post-discharge outcomes for patients with cardiac arrest and their families: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(5), 920–929. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.019>

Zali, M., Rahmani, A., Hassankhani, H., Namdar-Areshtanab, H., Gilani, N., Azadi, A., & Ghafourifard, M. (2024a). Critical care nurses' experiences of caring challenges during post-resuscitation period: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 23(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01814-2>

Zali, M., Rahmani, A., Powers, K., Hassankhani, H., Namdar-Areshtanab, H., & Gilani, N. (2024b). Nursing core competencies for postresuscitation care in Iran: A qualitative study. *BMJ Open*, 14(1), e074614. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074614>

APÊNDICES

Apêndice I – Resumo de Scoping Review: Intervenções de Enfermagem
Especializada à Pessoa em Situação Crítica e à Família Pós- Paragem
Cardiorrespiratória



Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica e à Família Pós-Paragem Cardiorrespiratória: a Scoping Review

Sara Patricia Cabaça da Silva¹

Professora Doutora Cidália Castro²

¹Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

E-mail: ssilva_15@hotmail.com

²Docente do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

RESUMO

Contextualização: As intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica e à família pós-paragem cardiorrespiratória são cruciais para a promoção da sua recuperação, sobrevivência e qualidade de vida. **Objetivo:** Mapear e analisar na investigação científica as intervenções de enfermagem especializada dirigidas à pessoa em situação crítica e à família pós-paragem cardiorrespiratória. **Materiais e métodos:** Revisão scoping conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed e na plataforma EBSCOhost, entre 2014 e 2024, em português, inglês e espanhol, utilizando descritores DeCS/MeSH. **Resultados:** Do total de 459 artigos encontrados, cinco preencheram os critérios de inclusão definidos. A análise da evidência permitiu identificar duas categorias principais de resultados: (1) intervenções de enfermagem especializada dirigidas à pessoa em situação crítica pós-paragem cardiorrespiratória, que englobam os cuidados clínicos como o controlo da temperatura, a estabilização hemodinâmica e a continuidade dos cuidados; e (2) intervenções de enfermagem especializada dirigidas à família da pessoa em situação crítica pós-paragem cardiorrespiratória, centradas no apoio emocional, na comunicação terapêutica e no envolvimento da família durante o processo de cuidados, incluindo a reanimação. **Conclusão:** A enfermagem especializada desempenha um papel central nos cuidados pós-PCR, tanto no suporte clínico diferenciado à pessoa em situação crítica, como no acompanhamento emocional e informativo à família. O desenvolvimento de competências avançadas e a implementação de protocolos estruturados revelam-se determinantes para a qualidade dos cuidados. **Palavras-chave:** Enfermagem especializada; Pessoa em situação crítica; Paragem cardiorrespiratória; Família; Cuidados pós-reanimação.

Apêndice II - Póster: “A Importância da Prática Simulada dos Enfermeiros na
Resposta a Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe”

A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA SIMULADA DOS ENFERMEIROS NA RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE: REVISÃO SCOPING

Ana Filipa Lemos^{1,2}, Ana Margarida Peres^{1,2}, Bruno Alexandre Macedo^{1,2}, Catarina Couto^{1,2}, Dora Ladislau³ e Sara Silva^{1,2}

¹ Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Monte da Caparica.

² Enfermeiros na Urgência Geral da Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

³ Professora Assistente – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Introdução

A história de Portugal é marcada por eventos catastróficos, como o terramoto de 1755, os incêndios rurais de 2017 e 2018, e a pandemia de COVID-19². Esses dados enfatizam a necessidade de planos de emergência, investimento na educação, planeamento e preparação adequada, juntamente com o treino e formação contínua dos profissionais de saúde. A prática simulada é uma ferramenta vital para a preparação e resposta eficaz em situações de emergência, exceção e catástrofe. Compreender os benefícios e aplicar métodos de simulação pode aprimorar a capacidade dos profissionais de saúde em lidar com cenários complexos e desafiadores.



Resultados

A prática simulada de situações de emergência, exceção e catástrofe permite:

Melhoria da tomada de decisão

- Permite que os profissionais pratiquem a avaliação rápida e decisões críticas em ambiente controlado, preparando-os para responder efetivamente sob pressão durante emergências reais ^{1,3,5}.

Aprimoramento da coordenação da equipa

- Promove a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, fortalecendo a comunicação e a sincronização de esforços durante situações de crise ^{1,6,8}.

Identificação de lacunas e oportunidades de melhoria

- Identifica falhas nos protocolos de resposta, permitindo ajustes e refinamentos para garantir uma melhor preparação para futuras emergências ^{1,3,9}.

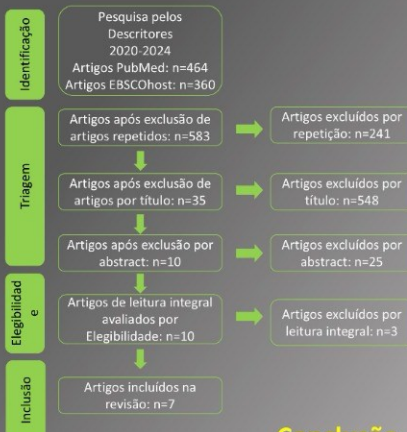
Objetivo

Evidenciar a importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe.

Metodologia

Revisão scoping orientada pela questão de investigação PCC, segundo as recomendações da JBI ⁷: “Qual é a importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe?”

A pesquisa foi realizada na base de dados científica PubMed e na plataforma EBSCOhost. Foram definidos os descritores e elaborada a seguinte equação booleana: (Disaster preparedness) AND (Hospitals) AND (Training).



Conclusão

Os estudos demonstram que a prática simulada na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe é essencial para que os serviços de saúde e os seus profissionais se encontrem capacitados, garantindo uma resposta eficaz e coordenada, visando salvar o maior número possível de vítimas e minimizar danos causados. Os mesmos estudos evidenciam que gerir os recursos disponíveis, comunicar de forma clara e coordenar as equipas é fundamental na prestação de cuidados adequados. A intervenção do enfermeiro especialista é crucial na promoção da prática simulada ao organizar e liderar exercícios de simulação, familiarizando a equipa com os procedimentos e protocolos específicos para essas situações.

Referências Bibliográficas:



Apêndice III - Póster: “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Submetida a
VNI”

INTRODUÇÃO

A VNI é uma técnica de administração de pressão positiva nas vias aéreas, que pode ser feita de forma contínua ou intermitente¹.

Tem como finalidade reduzir o trabalho respiratório, relaxar a musculatura respiratória e melhorar a ventilação pulmonar e as trocas gasosas.

OBJETIVO

Aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa submetida à VNI.

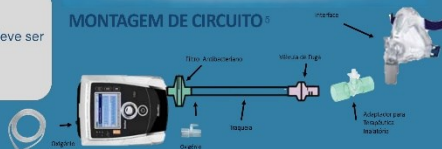
INDICAÇÕES

Insuficiência Respiratória de múltiplas etiologias².

A VNI é uma terapia de suporte, não curativa. A causa deve ser identificada e corrigida para o sucesso desta terapia.



MONTAGEM DE CIRCUITO³



CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS^{3,4}

- Respiração ineficaz, paragem cardiopulmonar confirmada ou eminente ou pós paragem;
- Obstrução da via aérea superior;
- Impossibilidade de adaptação da interface por cirurgia, traumatismo ou deformidade da face;
- Hemoptise maciça;
- Grandes queimados ou queimaduras faciais;
- Recusa da pessoa.



CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS^{3,4}

- Alteração do estado de consciência (Escala de coma de Glasgow < 8);
- Agitação e falta de colaboração da pessoa;
- Incapacidade de proteger a via aérea;
- Incapacidade de eliminar secreções brônquicas;
- Falência de órgão (encefalopatia grave, hemorragia digestiva alta grave, instabilidade hemodinâmica);
- Cirurgia gastroesofágica ou obstrução intestinal;
- Risco de aspiração gástrica;
- Pneumotórax não drenado.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Antes de iniciar VNI²:

- Explicar o procedimento e garantir o consentimento da pessoa;
- Elevar cabeceira a 30°;
- Manter prótese dentária para promover a adaptação do interface;
- Avaliar reflexo de tosse e presença de secreções;
- Avaliar estado de consciência;
- Proteger zonas de pressão da pele (utilizar espuma de poliuretano ou spray de proteção);
- Preparar material e verificar parâmetros e alarmes.

Durante a VNI²:

- Incentivar a colaboração;
- Vigiar permanentemente nos primeiros minutos;
- Alternar posicionamentos;
- Promover a comunicação sensorial e escrita;
- Assegurar higiene oral 1x turno;
- Monitorizar e registar sinais vitais;
- Monitorizar e registar spO2 e padrão respiratório;
- Vigiar a pele a cada 4 a 6h;
- Promover alternância de interfaces.

CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem são cruciais para o sucesso da VNI, assegurando a segurança e o conforto dos doentes. A vigilância e monitorização constante da pele, do padrão respiratório e da adaptação da pessoa ao VNI permite a identificação precoce de complicações e ajustes necessários no tratamento.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO

Bruno Macedo, Cidália Catro, Diana Vareta, Sara Silva

Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica
Corpo docente do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

A VIA AÉREA	• Considerar via aérea avançada se compromisso neurológico; • Considerar extubação imediata se recuperação do estado de consciência e ventilação adequada; • Aspirar secreções, se necessário.
B VENTILAÇÃO	▪ Observar, auscultar e percutir o tórax; ▪ Monitorizar a frequência respiratória, saturação de oxigénio e de dióxido de carbono; ▪ Manter a saturação de oxigénio entre 94 -98%; ▪ Evitar a hiperventilação; ▪ Manter cabeceira da cama elevada (30°, se não existir contraindicação); ▪ Considerar a entubação orogástrica; ▪ Considerar o uso de bloqueadores neuromusculares; ▪ Realizar radiografia de tórax.
C CIRCULAÇÃO	• Avaliar perfusão periférica; • Monitorizar ritmo cardíaco, frequência cardíaca e pressão arterial (idealmente através de linha arterial); • Evitar hipotensão (PAM < 65 mmHg); • Obter acesso venoso fiável; • Considerar administração de fluidos, inotrópicos e vasopressores; • Monitorizar valores laboratoriais; • Monitorizar débito urinário; • Realizar eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma; • Se ausência de causas não -cardíacas óbvias, realizar cateterismo coronário.
D DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA	• Avaliar o estado neurológico com recurso à Escala de Coma de Glasgow; • Avaliar tamanho, simetria e reatividade das pupilas; • Avaliar glicémia capilar (glicémia capilar alvo < 180 mg/dL); • Vigiar convulsões (EEG, se disponível).
E EXPOSIÇÃO COM CONTROLO DA TEMPERATURA	• Monitorizar temperatura corporal (Catéter esofágico, se disponível); • Iniciar o controlo direcionado da temperatura, se a pessoa não responde a comandos, com uma temperatura alvo de 33 -36°C, nas primeiras 24h; • Prevenir e tratar a febre (temperatura > 37,7°C); • Vigiar tremores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association. (2020). Part 8: Post -cardiac arrest care: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 141(6_suppl_2), S469 -S523. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000927>
- European Resuscitation Council. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Post -resuscitation care. *Resuscitation*, 161, 220 -269. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.012>
- Hegazy, A. F., Lapiere, D. M., Butler, R., & Althenayan, E. (2015). Temperature control in critically ill patients with a novel esophageal cooling device: A case series. *BMC Anesthesiology*, 15, 152. <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0133-z>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2019). Suporte Avançado de Vida em Adultos: Manual do Formando (4ª ed.). Lisboa: INEM.
- Peberdy, M. A., Callaway, C. W., Neumar, R. W., Geocadin, R. G., Zimmerman, J. L., Donnino, M. W., ... & Kronick, S. L. (2020). Hemodynamic management after cardiac arrest. *Circulation*, 141(6), e294 -e309. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047272>
- Sandroni, C., D'Arrigo, S., & Nolan, J. P. (2021). Neurological prognostication after cardiac arrest. *Intensive Care Medicine*, 47(4), 427 -438. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06353-z>

ANEXOS

Anexo I - Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente

Crítico 2023



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Sara Patricia Cabaça da Silva

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16 horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pel' A Comissão Organizadora
Ana Raquel Pimentel
Ana Raquel Filipe Pimentel

O Presidente da APE
João José Fernandes
João José Fernandes

AS MONIZ SCHOOL
HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
GAM MONIZ

Anexo II - Certificado de Participação nas III Jornadas de Enfermagem – ONE
HEALTH: Conquistas e Desafios

CERTIFICADO

Sara Silva

Declara -se que participou nas “III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH : Conquistas e Desafios” , que decorreram nos dias
14 e 15 de maio de 2024 na Escola Superior de Saúde Egas Moniz

C. da Silva

Presidente da Comissão Científica

A. da Silva

Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:

Baxter

NIPPON
GASES

SOCIME MEDICAL
MEDICAL SERVICES COMPANY

xantite

Caracóver



PAPALETRAS
Linha de Apoio à Comunicação



CAMOLAS
Câmara Municipal de Lisboa

Os Nêctos
Lisboa

santosevale

Anexo III - Certificado Do Curso de Formação SAV Módulo Suporte Avançado
de Vida



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo
Decreto-Lei nº14/2017 de 26 de janeiro.

SAV Módulo Suporte Avançado Vida

Certifica-se que Sara Patrícia Cabaça da Silva natural de em Barreiro, de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em 25-08-1989 titular do número de identificação 13299825 concluiu com aproveitamento o curso de Formação SAV Módulo Suporte Avançado Vida em 08-10-2024, com a duração de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.5 valores, numa escala de 0 a 20..

Centro de Formação DR Sul – Lisboa, 06-11-2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado nº. / 003-1.2-0312/18269/292005/2024
Válido até Outubro de 2029



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



SAV - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

(16 horas)

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Formação inicial

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Suporte Avançado de Vida em perspectiva
- Causas e prevenção de PCR
- Síndrome Coronário Agudo
- Demonstração de caso clínico
- Algoritmo de SAV
- Via Aérea e reconhecimento de ritmos
- Fármacos e Vias de Administração
- Reanimação Inicial e Desfibrilhação
- Cuidados PR / Ética /DNR
- Casos clínicos
- PCR em circunstâncias especiais (Workshop)
- Disritmias peri-paragem; Gasimetria (Workshop)
- Casos clínicos finais

COMPETÊNCIA ADQUIRIDA:

Suporte Avançado de Vida

Anexo IV - Certificado Do Curso de Formação Módulo Emergências
Pediátricas e Obstétricas



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

VMER



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo
Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

Módulo Emergências Pediátricas e Obstétricas

Certifica-se que Sara Patrícia Cabaça da Silva natural de em Barreiro, de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em 25-08-1989 titular do número de identificação 13299825 concluiu com aproveitamento o curso de Formação Módulo Emergências Pediátricas e Obstétricas em 12-10-2024, com a duração de 14,00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.5 valores, numa escala de 0 a 20..

Centro de Formação DR Sul – Lisboa, 06-11-2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado n.º. / 059-1.0-0312/18271/292005/2024
Válido até Outubro de 2029





EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS E OBSTÉTRICAS

(14 horas)

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Formação inicial

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Especificidades anátomo-fisiológicas em pediatria
- Abordagem avançada da via aérea em pediatria
- Colocação de acesso intraósseo
- Reanimação pediátrica e neonatal
- Especificidades na intervenção com crianças
- Utilização da fita de *Broselow*
- Avaliação primária e secundária em pediatria
- Avaliação primária e secundária na grávida
- O triângulo de avaliação pediátrico
- Emergências médicas pediátricas: respiratórias, cardiovasculares e alterações do estado de consciência
- Emergências obstétricas e ginecológicas
- Abordagem ao parto eminente
- Competência de *Team-Leader*

COMPETÊNCIA ADQUIRIDA:

Abordagem de Emergências Pediátricas e Obstétricas em contexto VMER/SIV

Anexo V - Certificado Do Curso de Formação Módulo Emergências
Médicas



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

VMER



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo
Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de janeiro.

Módulo Emergências Médicas

Certifica-se que Sara Patrícia Cabaça da Silva natural de em Barreiro, de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em 25-08-1989 titular do número de identificação 13299825 concluiu com aproveitamento o curso de Formação Módulo Emergências Médicas em 17-10-2024, com a duração de 17,00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.5 valores, numa escala de 0 a 20..

Centro de Formação DR Sul – Lisboa, 06-11-2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado n.º. / 063-1.0-0312/18270/292005/2024
Válido até Outubro de 2029





EMERGÊNCIAS MÉDICAS

(17 horas)

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Formação inicial

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Sistema de comunicações do INEM
- Abordagem inicial à vítima de emergência médica (avaliação primária e secundária)
- Sedação e analgesia
- Técnicas de abordagem à vítima
- Técnica de drenagem de pneumotórax hipertensivo
- Técnica de colocação de cricotiroidotomia
- Monitorização hemodinâmica da vítima: FR, FC, ritmo de ECG, PA, SpO2, EtCO2, ECG 12 Derivações
- O papel da capnografia na vítima de emergência médica
- Verificação de cenário com existência de cadáver
- Competência de Team-Leader
- Abordagem pré-hospitalar em emergências médicas:
 - Asma
 - Alergia e anafilaxia
 - Exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crónica
 - Edema agudo do pulmão cardiogénico
 - Crise hipertensiva
 - Hemorragia digestiva
 - Sépsis
 - Alteração do estado de consciência
 - Síncope
 - Hipoglicemia e diabetes mellitus
 - Acidente vascular cerebral
 - Intoxicações
 - Convulsões e epilepsia
 - Urgências psiquiátricas

COMPETÊNCIA ADQUIRIDA:

Abordagem de Emergências Médicas em contexto VMER/SIV

Anexo VI - Certificado Do Curso de Formação Módulo Emergências

Trauma



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo
Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

Módulo Emergências Trauma

Certifica-se que Sara Patrícia Cabaça da Silva natural de em Barreiro, de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em 25-08-1989 titular do número de identificação 13299825 concluiu com aproveitamento o curso de Formação Módulo Emergências Trauma em 22-10-2024, com a duração de 17,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.5 valores, numa escala de 0 a 20..

Centro de Formação DR Sul – Lisboa, 06-11-2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado n.º. / 064-1.0-0312/18272/292005/2024
Válido até Outubro de 2029



EMERGÊNCIAS DE TRAUMA

(17 horas)

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Formação inicial

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Mecanismos de lesão do trauma
- Abordagem inicial à vítima de trauma (avaliação primária e secundária)
- Técnicas de abordagem à vítima de trauma
- Técnicas de imobilização e extração de vítimas de trauma
- Sedação e analgesia
- Monitorização hemodinâmica da vítima: FR, FC, ritmo de ECG, PA, SpO2, EtCO2, ECG 12 Derivações
- O papel da capnografia na vítima de trauma
- Competência de Team-Leader
- Abordagem a desordens específicas no pré-hospitalar:
 - Trauma torácico
 - Trauma abdominal e pélvico
 - Lesão oculta
 - Trauma crânio-encefálico
 - Trauma vertebro medular
 - Trauma das extremidades
 - Trauma térmico
 - Trauma em pediatria
 - Trauma no idoso
 - Trauma na gravidez
 - Acidente de submersão

COMPETÊNCIA ADQUIRIDA:

Abordagem de Emergências de Trauma em contexto VMER/SIV

Anexo VII - Certificado Do Curso de Formação Módulo Transporte
Doente Crítico e Situação de Exceção



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

VMER



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo
Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

Módulo Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção

Certifica-se que Sara Patrícia Cabaça da Silva natural de em Barreiro, de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em 25-08-1989 titular do número de identificação 13299825 concluiu com aproveitamento o curso de Formação Módulo Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção em 29-10-2024, com a duração de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de Apto.

Centro de Formação DR Sul – Lisboa, 06-11-2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado n.º. / 065-1.0-0312/18273/292005/2024
Válido até Outubro de 2029





TRANSPORTE DOENTE CRÍTICO E SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO (16 horas)

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Formação inicial

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

Transporte de Doente Crítico:

- Indicações para transporte
- Definição do nível de cuidados no transporte secundário urgente de doentes críticos
- Decisão e planeamento do transporte do doente crítico
- Escolha do tipo de transporte
- Fisiologia de voo
- Helitransporte
- Equipamento de transporte
- Preparação/checklist prévia ao transporte
- Riscos no transporte do doente crítico
- Monitorização do doente crítico: FR, FC, ritmo de ECG, Pressão Invasiva, SpO2, EtCO2, ECG 12 Derivações
- O papel da capnografia no transporte do doente crítico
- Ventilação mecânica no pré-hospitalar
- Ventilação não invasiva no pré-hospitalar
- Competência de Team-Leader

Situação de Exceção:

- O INEM em situações com multivítimas
- Triagem primária (multivítimas)
- Triagem secundária (multivítimas)
- Competência de Team-Leader

COMPETÊNCIA ADQUIRIDA:

Transporte de Doente Crítico e Abordagem de Situação de Exceção

Anexo VIII - Certificado de Participação no Exercício EU MODEX



CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Attended in the
EU MODEX COMBINE EXERCISE
USAR-EMT PORTUGAL 2025

as Role-player

held on

27 – 31 January 2025

SARA SILVA

European-scale exercise under the EU MODEX project, part of the European Civil Protection Mechanism organised by the Guarda Nacional Republicana (GNR), the Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) and the EU MODEX European Consortium.

Participation of international Urban Search and Rescue (USAR) and Emergency Medical Teams (EMT), and prestigious entities such as the European Civil Protection Mechanism (UCPM) and the World Health Organisation (WHO-EMT Initiative).

Venue Manager

José Ricardo Gomes Rodrigues

Major-general da GNR

Venue Manager Support

Sérgio Dias Janeiro

Presidente do INEM



Funded by the
European Union



Anexo IX - Certificado de Competência de Enfermeiro de VMER



Certificado de Competência

Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Competência Adquirida:

- Enfermeiros

Certifica-se que **Sara Patrícia Cabaça da Silva** natural de Barreiro, nascida a 25 de Agosto de 1989, titular do número de identificação 13299825, concluiu com aproveitamento o plano curricular identificado no verso deste certificado, adquirindo a competência de Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), em 31 de Janeiro de 2025.

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

Lisboa, 3 de Fevereiro de 2025

Certificado n.º.
Válido até

Mod.INEM 454.1

(Teresa Maria Cardoso Pinto)





ÁREA DE FORMAÇÃO

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR

Módulo de Suporte Avançado de Vida (16h);

Módulo de Emergências Médicas (17h);

Módulo de Emergências de Trauma (17h);

Módulo de Emergências Pediátricas e Obstétricas (14h);

Módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção
(16h)

Estágios (35h).