

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
Médico-Cirúrgica no cuidado à Pessoa em Situação Crítica em
Choque Anafilático

Intervention by the Medical-Surgical Nursing Specialist in
People in Critical Condition Experiencing Anaphylactic Shock

Autor

Neuza Diana Oliveira Maia dos Santos

Oliveira de Azeméis, 2025

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à
Pessoa em Situação Crítica em Choque
Anafilático

Intervention by the Medical-Surgical Nursing
Specialist in People in Critical Condition
Experiencing Anaphylactic Shock

Orientador(es)

Ana Catarina Pereira Pinto

Autor

Neuza Diana Oliveira Maia dos Santos

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Tudo parece impossível até que seja feito."

Nelson Mandela

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Pedro, minha âncora, que não me deixou desistir e tolerou dúvidas, inseguranças e ausências.

Ao Duarte e ao José, que no meio do caos existencial, alimentam diariamente a razão do meu ser.

À Mónica, por estar sempre presente, dando muito e exigindo pouco.

À Catarina, pela compreensão, acompanhamento e papel tranquilizador em todo o percurso.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa pela oportunidade de desenvolvimento académico e humano.

À Professora Mestre Catarina Pinto pela orientação competente, paciência e generosidade intelectual ao longo desta caminhada. À Professora Doutora Liliana Mota pelo apoio e motivação.

Aos colegas que me acompanharam, pelo contributo com reflexões, críticas e apoio durante o curso.

À minha família, pela base sólida e amor incondicional.

RESUMO

A realização do presente relatório de estágio constitui um marco fundamental no percurso académico desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Este documento constitui-se como um exercício de reflexão crítica sobre a experiência desenvolvida, e tem como objetivo refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, e sobre os contributos dos mesmos para a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com ênfase na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Tem também como finalidade servir de instrumento de avaliação final.

A vivência em contexto pré-hospitalar e hospitalar possibilitou o contacto direto com a Pessoa em Situação Crítica, e contribuiu significativamente para a compreensão da importância da rápida intervenção de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na salvaguarda da deterioração do estado clínico da Pessoa em Situação crítica e para a prestação de cuidados diferenciada. A formação académica consolidou conhecimentos teórico-práticos, potenciou o pensamento crítico-reflexivo, reforçou a capacidade de intervenção segura, eficaz e centrada no cliente e permitiu a translação do conhecimento para a prática clínica, promovendo uma prática baseada na melhor evidência.

Foram desenvolvidos dois estudos de caso, tendo como base a Ontologia de Enfermagem, com recurso à plataforma e4nursing© no apoio à tomada de decisão.

A anafilaxia, nomeadamente a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica em choque anafilático, foi o tema transversal aos dois estudos de caso e o principal foco para o desenvolvimento de competências especializadas ao longo do estágio.

Reconhece-se que o percurso académico representa um marco significativo na trajetória profissional, constituindo uma base sólida para a construção de um portfólio de saberes e ferramentas, que sustentam uma tomada de decisão mais consciente e fundamentada. Importa, no entanto, salientar que esta é uma trajetória que não se esgota neste momento, mas sim num percurso dinâmico e contínuo, que transcende os limites dos contextos académicos, e se revê numa prática assente na segurança e qualidade de cuidados.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Enfermagem de Cuidados Críticos; Estudos de Caso;

Perfil de Competências de Enfermeiros; Anafilaxia.

ABSTRACT

The completion of this internship report represents a fundamental milestone in the academic journey undertaken within the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, with a specialization in Nursing Care for the Critically Ill Person, at the Northern Health School of the Portuguese Red Cross.

This document serves as a critical reflection exercise on the experience gained throughout the clinical placements. Its primary objective is to critically analyze the activities carried out during the internships and to assess their contribution to the acquisition and development of both general and specialized competencies in Medical-Surgical Nursing, with a particular focus on the care of critically ill patients. Furthermore, it functions as a final assessment tool.

The clinical immersion in both pre-hospital and hospital settings enabled direct engagement with critically ill patients and significantly enhanced the understanding of the pivotal role played by the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. Prompt and informed interventions were essential to prevent clinical deterioration and to provide differentiated, high-quality care. The academic training consolidated theoretical and practical knowledge, fostered critical-reflective thinking, strengthened the capacity for safe, effective, and client-centered interventions, and facilitated the translation of knowledge into clinical practice, thereby promoting evidence-based nursing.

Two case studies were developed using the Nursing Ontology framework, supported by the e4nursing© platform to guide clinical decision-making.

Anaphylaxis, specifically the intervention of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the management of patients in anaphylactic shock, served as the central theme across both case studies and was the primary focus for the development of specialized competencies during the internship.

This academic pathway is recognized as a significant step in the professional trajectory, providing a solid foundation for building a portfolio of knowledge and tools that support more conscious and evidence-based decision-making. Nevertheless, it is important to emphasize that this journey does not end here. Rather, it constitutes a dynamic and continuous process that extends beyond academic contexts and is rooted in a practice grounded in safety and quality of care.

Keywords: Specialist Nurse; Critical Care Nursing; Case Studies; Nurse Competency Profile;

Anaphylaxis.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ASCI - *Australian Society of Clinical Immunology and Allergy*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CDC - *Center for Disease Control and Prevention*

CID - Classificação Internacional de Doenças

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DEFM - Departamento de Formação em Emergência Médica

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FC - Frequência cardíaca

DGS - Direção-Geral da Saúde

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

IgE - Imunoglobulina E

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IM - Intramuscular

IV - Intravenoso

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PEEP - Pressão Positiva Final Expiratória

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PBCI - Precauções Básicas de Controlo da Infecção

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSI - *Rapid Sequence Intubation*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV – Ambulância de Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SpO₂ – Saturação periférica de Oxigénio

TRTS – *Triage Revised Trauma Score*

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WAO – *World Allergy Organization*

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. ESTUDO DE CASO EM CONTEXTO DE PRÉ-HOSPITALAR	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	36
3.3. Medicação	36
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	36
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	40
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	42
3.5. Domínios	44
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	45
3.6. Conceção de Cuidados	50
3.7. Síntese relativa ao caso	54
4. ESTUDO DE CASO EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO	57
4.1. Enquadramento teórico	57
4.2. Clientes	61
4.3. Medicação	61
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	62
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	69
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	72
4.5. Domínios	73
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	74
4.6. Conceção de Cuidados	76
4.7. Síntese relativa ao caso	80
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	83
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	105
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	119

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1. Sistema de Classificação das Reações Alérgicas Sistémicas da WAO.

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no contexto da unidade curricular Estágio à Pessoa em Situação Crítica II, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e respetiva família ou cuidador em situação crítica exige uma observação rigorosa e uma recolha sistemática e contínua de dados. A avaliação diagnóstica e a monitorização permanente assumem um papel fulcral, o cuidado à pessoa em situação de doença grave e/ou falência orgânica configura uma das competências clínicas especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) (OE, 2018).

O EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) privilegia uma abordagem de natureza sistémica, que visa não só, conhecer em permanência o estado clínico da pessoa alvo de cuidados, mas também, antecipar e identificar precocemente potenciais complicações, assegurando, assim, intervenções adequadas, eficazes e realizadas em tempo oportuno. Isto exige do profissional de saúde competências especializadas, resposta a emergências, exceção e catástrofe, desde a planificação até à ação (OE, 2018).

A temática deste trabalho centra-se na intervenção do EEEMC na PSC em choque anafilático. O choque anafilático é uma emergência médica grave que representa a forma mais crítica da anafilaxia, caracterizando-se por uma reação de hipersensibilidade sistémica de início súbito, que pode evoluir rapidamente para falência circulatória e risco iminente de vida (Cardona et al, 2020).

Esta condição decorre de uma libertação maciça de mediadores inflamatórios – como histamina, prostaglandinas e leucotrienos – a partir de mastócitos e basófilos ativados, geralmente como resposta a um alérgeno específico. Esses mediadores provocam uma vasodilatação intensa e aumento da permeabilidade vascular, o que leva à redistribuição do volume intravascular para o espaço extravascular. Como consequência, ocorre queda abrupta da pressão arterial, redução da perfusão tecidual e sinais evidentes de choque (Cardona et al, 2020).

Do ponto de vista clínico, o choque anafilático manifesta-se por sintomas como hipotensão, taquicardia, dificuldade respiratória, urticária, angioedema e, nos casos mais graves, perda de consciência. O envolvimento simultâneo de dois ou mais sistemas orgânicos (cutâneo, respiratório, gastrointestinal ou cardiovascular) é comum (Krčmová & Novosad, 2019).

O tratamento deve ser imediato e prioritário, com administração intramuscular de adrenalina como primeira linha, tal como nas situações de anafilaxia, complementada por reposição volémica e suporte das vias aéreas e da circulação, consoante a gravidade da resposta (Cardona et al, 2020; Krčmová & Novosad, 2019).

A anafilaxia é uma reação sistémica de gravidade variável, geralmente de início súbito e com potencial risco de vida. É uma condição altamente angustiante, tanto para a pessoa afetada como para os seus familiares ou cuidadores, e a sua gestão adequada e posterior referenciação revelam-se fundamentais, com repercussões clínicas, sociais e económicas significativas (Mota et al., 2015). Pode ser desencadeada por diferentes elementos como, alimentos, medicamentos ou picadas de insetos (Mota et al., 2015).

Na Europa, as taxas de incidência variam entre 1,5 e 7,9 por 100.000 pessoas por ano, sendo que cerca de 0,3% da população experiêcia um episódio de anafilaxia ao longo da vida (Bilò et al., 2021; Righi et al., 2024). A gravidade da reação pode comprometer vários sistemas do corpo, afetando principalmente a pele, as vias aéreas e o sistema cardiovascular. A anafilaxia pode provocar dificuldades respiratórias, edema das vias aéreas, hipotensão, erupções cutâneas e levar ao choque (Righi et al., 2024). A gestão rápida e eficaz de reações anafiláticas na PSC pelos EEEMC é essencial para assegurar a manutenção do equilíbrio hemodinâmico, prevenir a progressão dos sintomas e reduzir risco de episódios subsequentes (Righi et al., 2024).

Neste enquadramento, e com o propósito de aprofundar e valorizar o percurso formativo desenvolvido, o presente relatório visa proceder a uma análise crítica das atividades realizadas ao longo dos estágios pré e intra-hospitalares, com enfoque na resposta a situações de reação anafilática. Visa, ainda, evidenciar os contributos dessas experiências para a consolidação e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com ênfase na área de especialização em Enfermagem à PSC.

Com o intuito de dar resposta a este propósito, o relatório está estruturado em sete capítulos, com início na introdução geral ao percurso formativo, seguindo-se a caracterização dos contextos clínicos em que decorreram os estágios. Posteriormente, são apresentados dois casos clínicos, que ilustram experiências significativas nos cenários pré-hospitalar e de uma urgência médico-cirúrgica. No capítulo seguinte, realiza-se uma análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas e das atividades desenvolvidas, destacando o modo como foram adquiridas e consolidadas as competências, gerais e específicas, inerentes à prestação de cuidados do EEEMC, no âmbito do cuidado à PSC. O último capítulo é dedicado à síntese final, onde se reúnem as considerações globais decorrentes do percurso formativo e do desenvolvimento de competências.

Os processos metodológicos adotados para o desenvolvimento do relatório incluíram a observação participante, a pesquisa de evidência científica, e uma análise crítico-reflexiva sistemática da prática de cuidados. A construção do documento tem como alicerce uma

estratégia reflexiva, orientada para o reforço de competências do EEEMC na área da PSC.

Os casos clínicos foram selecionados de acordo com a sua relevância clínica, complexidade e contributo para a consolidação de competências. Cada caso clínico apresentado refere-se a um utente distinto, proveniente de cada um dos contextos de estágio, tendo a sua seleção sido orientada pelos contributos que proporcionaram para o desenvolvimento de competências, em articulação com a temática escolhida. Ambos os casos são descritos em duas sessões distintas, correspondentes a diferentes momentos do processo de prestação de cuidados, refletindo a condição clínica do cliente em cada uma dessas fases. Em todo o processo, foram salvaguardados o anonimato e a confidencialidade das informações.

A metodologia foi ainda complementada com a utilização da plataforma e4nursing, que permitiu o desenvolvimento de competências na conceção de cuidados de enfermagem, sendo um recurso de apoio ao desenvolvimento do pensamento crítico nos processos de tomada de decisão.

Este percurso formativo centrou-se não apenas na consolidação de conhecimentos teóricos e práticos inerentes à prestação de cuidados especializados à PSC, mas também, no desenvolvimento de competências humanas e éticas, fundamentais para uma prática profissional responsável, segura e orientada para a excelência dos cuidados.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à PSC, foi realizado o estágio de natureza profissional. Este estágio é composto por um total de 810 horas, das quais 540 horas são de contacto e 270 horas de trabalho autónomo. Das 540 horas de contacto, 440 horas na tipologia de estágio (220 horas em cada um dos momentos em contexto da prática clínica), 20 horas na tipologia de seminário e 80 horas na tipologia de orientação tutorial (ESSNorteCVP, 2024). O primeiro momento de estágio em contexto de prática clínica decorreu de 19 de setembro a 06 de dezembro de 2024 e o segundo momento de estágio em contexto da prática clínica de 09 de dezembro de 2024 a 28 de fevereiro de 2025. Em todos os contextos, o estágio foi realizado com o acompanhamento de um Enfermeiro Tutor, EEEMC. Neste capítulo consta a caracterização de cada um dos contextos de estágio.

Emergência Pré-Hospitalar

O estágio de natureza profissional no âmbito da emergência pré-hospitalar realizou-se no primeiro momento estabelecido para o efeito.

A experiência centrou-se numa breve passagem pelo campo de ação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e de uma oportunidade mais alargada na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).

Aquando de um pedido de socorro através de uma chamada para o número europeu de emergência (112), o seu encaminhamento para intervenção de equipa de saúde é da responsabilidade do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), onde trabalham médicos, enfermeiros e técnicos qualificados, com disponibilidade de equipamentos de telecomunicação e informática, bem como programas especializados de localização e mapeamento, de forma a poderem gerir da melhor forma os meios e recursos existentes para cada ocorrência (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2017a). Em Portugal Continental existem quatro CODU's ativos em permanência durante 24 horas por dia todos os dias do ano, sendo eles: Norte (Porto), Centro (Coimbra), Lisboa e Vale do Tejo/Alentejo (Lisboa) e Algarve (Faro).

Os CODU's funcionam em interligação permanente e têm como objetivo primordial o atendimento do pedido de socorro o mais rapidamente possível; as chamadas são encaminhadas para qualquer um dos CODU's, independentemente da localização da ocorrência (INEM, 2017a). Assim, uma ocorrência no Porto pode ser atendida no CODU Lisboa e acompanhada pelo mesmo.

A ativação e encaminhamento é feita tendo por base a triagem e avaliação efetuadas. A ativação de meios realiza-se tendo por base a triagem efetuada, podendo ser executado um aconselhamento ou até serem ativados meios mais especializados, sempre em conformidade com a gravidade, proximidade e acessibilidade do local da ocorrência (INEM, 2017a).

As ambulâncias SIV destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação até que uma equipa com capacidade para Suporte Avançado de Vida (SAV) esteja disponível. Aplica-se também a situações que possam evoluir para paragem cardiorrespiratória, caso não sejam imediatamente tomadas as medidas necessárias. A tripulação da ambulância SIV é constituída por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar. Quanto a recursos técnicos tem a carga de uma Ambulância de Suporte Básico de Vida, com o acréscimo de um monitor-desfibrilhador e vários fármacos. O equipamento das ambulâncias SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais ao CODU através do suporte de telemedicina (INEM, 2017b).

A atuação do meio SIV baseia-se em protocolos definidos pelo INEM, que vão sendo atualizados, tendo a última atualização ocorrido em maio de 2024. O produto pedagógico “SIV Protocolos 23” foi revisto e atualizado (INEM, 2017b).

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar, designado para o transporte rápido de uma equipa médica prontamente ao local onde se encontra o cliente (INEM, 2017c). A equipa é constituída por um Enfermeiro e um Médico, possui equipamento para SAV em situações do foro médico e/ou traumatológico. Atuando na dependência direta dos CODU, as VMER têm base hospitalar, funcionando como uma extensão do Serviço de Urgência (SU) à comunidade. Têm como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita (INEM, 2017c).

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de técnicos de emergência pré-hospitalar do meio SIV têm vínculo profissional exclusivamente com o INEM, enquanto a equipa de enfermagem é mista, tem elementos com vínculo ao INEM e com o hospital onde está sediada. Já na VMER, a equipa médica e de enfermagem tinha vínculo apenas com o hospital onde está a base.

A gestão de recursos materiais também é realizada de forma diferente. Enquanto na SIV tudo é gerido pelo INEM, na VMER é da responsabilidade do hospital da base. Apenas a viatura foi cedida pelo INEM, mas toda a sua manutenção curativa e preventiva é da responsabilidade do hospital. Quando há necessidade de substituição por avaria total, o INEM fornece veículo no sentido de assegurar o serviço.

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC)

O estágio de natureza profissional no SUMC realizou-se no segundo momento estabelecido. O SUMC tem como principal objetivo receber, diagnosticar e tratar clientes que sofreram algum

tipo de acidente ou que apresentam uma doença aguda, necessitando, por isso, de tratamento hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014), o SU tem como missão o atendimento e o tratamento de situações urgentes, sendo que este se pode dividir em três tipologias, consoante os níveis de resposta, os recursos e a capacidade de resposta: SU básico, SUMC e SU polivalente. O SU básico constitui o primeiro nível de acolhimento a situações urgentes com um nível de abordagem e resolução simples. O SUMC é o segundo nível de acolhimento e dá apoio diferenciado à rede de SU's básicos, quando necessário. No entanto, nas situações em que o cliente necessite de cuidados mais diferenciados ou de apoio de especialidades não disponíveis, o SUMC referencia os casos ao SU polivalente. O SU polivalente é o nível mais diferenciado que dá resposta a situações de urgência e emergência e que garante a resposta à maioria das valências médicas (Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014). A sua estrutura física e recursos materiais cumprem a norma disposta no artigo 20º do Despacho n.º 10319/2014 (2014), uma vez que é constituído por: área de admissão; triagem; sala de emergência; áreas funcionais (área médica, dividida em área Azuis/Verdes, área Amarelos, sala de procedimentos, balcão de ortopedia, balcão de cirurgia, balcão de medicina); e áreas de espera. Além disto, possui Sistemas de Resposta Rápida (Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Via Verde Trauma, de recente implementação) e um sistema de emergência pré-hospitalar, o qual está vinculado ao INEM, que integra uma VMER.

A sala de emergência é um espaço dedicado a receber clientes emergentes que apresentam uma condição de saúde instável. Neste serviço, a sala de emergência está localizada, estrategicamente junto à triagem e perto da entrada de emergência, e a sua ativação é realizada através de contacto telefónico no período diurno e sinal sonoro no período noturno. Dispõe de três unidades e, por isso, está equipada para receber três clientes em simultâneo. Estas características vão ao encontro das Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019). Cada unidade possui um sistema de monitorização com desfibrilhador elétrico manual com marca-passo externo, que permite a adequada vigilância da pessoa em situação crítica, através de meios invasivos e não invasivos. Possuem também, de forma individualizada, um carro de apoio com material para acesso vascular venoso, material para cateterização urinária, intubação nasogástrica, fármacos de urgência e emergência, e uma box com material de abordagem à via aérea.

Relativamente aos equipamentos disponíveis e recursos materiais, a sala de emergência possui ainda material para cateterismo venoso central, cateterismo arterial, drenagem torácica, equipamentos de proteção individual, dispensadores de desinfeção/higienização das mãos, frigorífico para fármacos, material para imobilização e ecógrafo, eletrocardiógrafo e videolaringoscópio em salas contíguas. Todos estes equipamentos fazem parte das Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência Administração Central do Sistema de Saúde (2019). Em cada turno, a sala dispõe de um enfermeiro fixo, um enfermeiro de apoio (que

é solicitado sempre que necessário), um médico intensivista e um técnico auxiliar de saúde.

Para além disso, o SUMC dispõe de áreas clínicas e áreas não clínicas, conforme o que está preconizado nas Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). Nas áreas não clínicas estão incluídas: as vias de acesso dedicadas; o estacionamento para ambulâncias e viaturas; o acesso para clientes em maca; a sala de espera para acompanhantes; o posto informativo; as áreas de higiene destinadas a clientes; e os espaços de apoio (copa, área de limpos e sujos, rouparia, vestiários com instalações sanitárias para profissionais, quartos de repouso, sala de reuniões, gabinete do diretor de serviço, gabinete do Enfermeiro Gestor, gabinete da administradora do serviço, gabinete da administrativa, gabinete de enfermagem com stock de fármacos e áreas de armazenamento de equipamentos e de material de consumo clínico).

De forma geral e atendendo aos requisitos presentes nas recomendações sobre a organização dos espaços de um SUMC, conclui-se que a estrutura do SUMC dispõe de todos os recursos necessários para a prestação de cuidados de qualidade (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

O SUMC é gerido por uma Enfermeira Gestora, EEEMC. Para além disso, tem dois enfermeiros em colaboração direta, de apoio, um deles EEEMC, que auxiliam na gestão diária de recursos humanos, técnicos e de materiais e equipamentos.

A equipa de enfermagem é constituída por 113 enfermeiros, sendo que destes, 10 possuem o título de EEEMC e 3 de Enfermagem de Reabilitação. De acordo com Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, está recomendado que os serviços de urgência possuam pelo menos 50% dos enfermeiros com o título de EEEMC. Constatou-se que este SUMC não está em conformidade com o recomendado, não garantindo a percentagem necessária de enfermeiros com formação diferenciada na prestação de cuidados. Relativamente à distribuição de enfermeiros por área, estão presentes 13 a 17 enfermeiros durante todos os turnos: um de coordenação, um na sala de emergência, quatro no balcão de medicina, dois no balcão de cirurgia, um no balcão de ortopedia, um de apoio à sala de emergência, área cirúrgica e psiquiatria (que não existe no turno da noite), um de transferências, um de apoio ao corredor (nem sempre disponível), dois na área dos amarelos (um no turno da noite), dois na triagem de Manchester (um no turno da noite) e um de apoio à zona de azuis e verdes, que não funciona no período noturno.

Nas áreas onde estão normalmente alocados os clientes com maior instabilidade, está presente um enfermeiro dotado de competências que o tornam capaz de gerir todas as situações relacionadas com a necessidade de cuidados urgentes e emergentes, preferencialmente um EEEMC ou na impossibilidade de garantir esta distribuição, um enfermeiro com elevada experiência.

Neste SUMC o método de trabalho utilizado é o método à tarefa. A alocação dos enfermeiros a cada área funcional é realizada pela Enfermeira Gestora ou pelo enfermeiro que assume a gestão técnica (nos turnos da manhã). Estes alocam cada enfermeiro, escalado para o turno, a uma área específica, tendo em conta a sua formação e experiência profissional. Assim, cada área funcional irá ter um conjunto de elementos que se organiza na prestação de cuidados, sendo que, desta forma, toda equipa presente numa determinada área é responsável por todos os clientes lá presentes.

A transferência de informação sobre os utentes é efetuada através de uma passagem de turno em grupo. Além disso, a informação sobre os utentes é mantida em registos clínicos, conforme o recomendado pelo Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Para sistematizar e diminuir a probabilidade de erro, o enfermeiro mais diferenciado de cada área elabora um documento com as informações mais relevantes sobre a situação clínica dos clientes, que o auxilia durante a passagem de informação aquando da transição de cuidados.

3. ESTUDO DE CASO EM CONTEXTO DE PRÉ-HOSPITALAR

Indivíduo de 59 anos, caucasiano, para o qual foi acionada ambulância de SIV por história de duas picadas de abelha na região frontal, minutos antes do pedido de ajuda.

3.1. Enquadramento teórico

Contextualização do caso clínico (história clínica)

Na primeira abordagem ao cliente, este encontrava-se prostrado, mas facilmente despertável, com discurso monossilábico.

A abordagem ABCDE, em que A-Vias Aéreas (Airway), B-Respiração (Breathing), C-Circulação (Circulation), D-Déficite Neurológico (Disability) e E-Exposição (Exposure), permitiu avaliar o cliente da seguinte forma:

A - Via aérea patente. Sem rubor ou edema da orofaringe;

B- Ventilação espontânea, com simetria do tórax e expansão bilateral, sibilos dispersos à auscultação pulmonar, frequência respiratória de 14 cpm, com SPO₂ de 82% (sem oxigénio suplementar). Inicia oxigenoterapia por máscara de Venturi a 10L/min;

C - Pressão arterial (PA) de 79/58mmHg, frequência cardíaca de 101 bpm. Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos;

D - Escala de Coma de Glasgow de 14 (Abertura dos olhos - ao estímulo verbal, Resposta verbal - Reposta orientada; Reposta motora - Obedece a ordens). Pupilas bilateralmente reativas. Glicémia capilar - 110 mg/dl;

E - Sem sinais de trauma, hemorragias ou lesões. Com edema palpebral bilateral, a permitir abertura de olhos. Temperatura corporal de 36,2º C.

Como antecedentes pessoais referiu consumo de tabaco e álcool, negando terapêutica habitual e alergias conhecidas, no entanto referiu episódio anterior de reação a picada de vespa asiática.

Apesar de colaborante durante a abordagem pela equipa de SIV, mantinha-se letárgico, comunicando apenas quando solicitado.

Aspetos fisiopatológicos e opções de tratamento - Anafilaxia

A anafilaxia é considerada a manifestação clínica mais grave das reações alérgicas sistémicas agudas, representando a forma mais grave do espectro das reações alérgicas (Cardona et al., 2020). Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), é uma reação de hipersensibilidade sistémica grave, com risco de vida, caracterizada por início rápido de sintomatologia respiratória e/ou circulatória, com risco de vida e geralmente, associada a alterações cutâneas e/ou mucosas (WHO, 2024). Por sua vez, a *World Allergy Organization* (WAO), define anafilaxia como uma reação sistémica grave de hipersensibilidade, de início geralmente rápido e com risco de morte. Nos casos mais graves, pode causar compromisso potencialmente fatal das vias respiratórias, da respiração e/ou da circulação, podendo ocorrer mesmo na ausência de manifestações cutâneas típicas ou de choque circulatório (Cardona et al., 2020).

Os mecanismos subjacentes à anafilaxia podem variar, podendo ser mediados ou não pela imunoglobulina E (IgE) (Cardona et al., 2020). A anafilaxia mediada por IgE é o mecanismo mais frequente, desencadeado pela interação de um alérgénio com o complexo IgE/recetor de alta afinidade, presente nos mastócitos e basófilos, resultando na libertação de mediadores inflamatórios. A anafilaxia não mediada por IgE, pode ser de origem imunológica (ativação do sistema complementar, sistema de coagulação ou imunoglobulina G) ou não imunológica (induzida por fármacos como opióides, etanol ou fatores físicos, como o exercício).

Alguns medicamentos ativam diretamente os mastócitos através do recetor Mas-Related G Protein-Coupled Receptor X2 (MRGPRX2) (Cardona et al., 2020). Este é um recetor acoplado à proteína G que desempenha um papel crucial em reações de hipersensibilidade imediata não mediadas por IgE, como algumas formas de anafilaxia não alérgica ou pseudoanafilaxia (Chompunud Na Ayudhya & Ali, 2022). As crises anafiláticas são classificadas como idiopáticas quando não se identifica um fator desencadeante, representando 6,5% a 35% dos casos. Nesses casos, pode ser necessário a exclusão de presença de distúrbios dos mastócitos, mediante colheita sanguínea ou medulograma (Cardona et al., 2020).

Os casos de anafilaxia podem ter origem em reações alérgicas a alimentos, fármacos, venenos e no contacto ou inalação de alérgénios. Além disso, fatores físicos (como o frio ou o exercício físico), podem induzir anafilaxia, assim como certas condições secundárias a distúrbios dos mastócitos (WHO, 2024). Entre os jovens, os alimentos representam a causa mais frequente de anafilaxia, sendo que adolescentes e adultos com idade até 30 anos apresentam um risco mais elevado de reações fatais relacionadas com a ingesta alimentar. Em contrapartida, a anafilaxia induzida por medicamentos é a mais prevalente em idosos, particularmente em idades superiores a 65 anos, possivelmente devido à associação entre comorbilidades (como doenças cardiovasculares) e o uso de múltiplos fármacos, incluindo beta bloqueadores e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (Gaspar et al., 2019; Whyte et al., 2022).

Segundo Cardona et al. (2020), a incidência global de anafilaxia varia entre 50 e 112 episódios por 100.000 pessoas-ano, enquanto a prevalência estimada ao longo da vida situa-se entre 0,3% e 5,1%, dependendo das definições utilizadas, da metodologia dos estudos e das diferenças geográficas (Cardona et al., 2020). Por sua vez, a incidência dos casos na Europa, independentemente da causa, varia entre 1,5 e 7,9 casos por 100.000 habitantes-ano, afetando aproximadamente 1 em cada 300 indivíduos ao longo da vida (Whyte et al., 2022). Apesar do aumento das taxas de hospitalização devido à anafilaxia, a mortalidade permanece baixa, estimando-se 0,05 a 0,51 casos por milhão de pessoas/ano associados a fármacos, 0,03 a 0,32 por milhão/ano relacionados com alimentos e 0,09 a 0,13 por milhão/ano devido à anafilaxia induzida por veneno (Cardona et al., 2020).

Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, durante um período de 10 anos (entre 2007 e 2017) implementou um sistema de notificação nacional de anafilaxia, que permitiu uma caracterização detalhada dos episódios de reações anafiláticas, identificando como principais fatores desencadeantes, os alimentos, os fármacos e os venenos de himenópteros. Neste estudo, foi destacada a ampla distribuição etária dos episódios de anafilaxia, a relevância dos alérgenos alimentares nos diferentes grupos etários, e dos fármacos, na idade adulta (Gaspar et al., 2019). Salienta-se, ainda, a frequente associação a outros fatores, como antecedentes de asma, a elevada probabilidade de recorrência das manifestações clínicas, e a baixa percentagem de casos em que a adrenalina foi utilizada como tratamento de emergência (Gaspar et al., 2019).

Importa compreender que o desfecho e a gravidade de uma reação anafilática não dependem apenas do agente desencadeante e da sua dose, mas também da presença de cofatores, que podem influenciar o início e a intensidade da reação (Cardona et al., 2020). Esses cofatores incluem circunstâncias endógenas e exógenas. Os fatores endógenos compreendem condições de saúde subjacentes, tais como, mastocitose sistémica, asma brônquica mal controlada, e alterações hormonais (por exemplo, estado pré-menstrual), que podem exacerbar a gravidade da anafilaxia. Os fatores exógenos abarcam certos medicamentos, particularmente os betabloqueadores e os inibidores da enzima de conversão da angiotensina, podendo influenciar o resultado de reações anafiláticas, embora os seus efeitos exatos não sejam totalmente compreendidos (Cardona et al., 2020). A relevância dos cofatores pode variar em função da idade do cliente e do fator desencadeante envolvido na reação. Neste sentido, uma anamnese completa, em que haja uma compreensão, tanto dos indutores como dos cofatores é crucial para uma gestão eficaz e prevenção do choque anafilático (Cardona et al., 2020).

O perfil dos fatores desencadeantes da anafilaxia é variável, por isso, a abordagem deve ser personalizada segundo a história clínica do cliente (Cardona et al., 2020; Whyte et al., 2022). Sendo um diagnóstico clínico que se enquadra num espectro de gravidade dos sintomas alérgicos, não há um sintoma único que seja totalmente específico para o seu diagnóstico (Whyte et al., 2022). As suas principais características incluem: início súbito com progressão

rápida dos sintomas; o comprometimento das vias respiratórias, da respiração e/ou da circulação (ABC), e alterações cutâneas e/ou mucosas, como urticária, rubor ou angioedema, que podem ser discretas ou mesmo ausentes em 10%-20% dos casos (Whyte et al., 2022). A presença isolada de sintomas cutâneos ou mucosos não é indicativa de anafilaxia. Da mesma forma, sintomas gastrointestinais como náuseas, dor abdominal ou vômitos, na ausência de comprometimento respiratório, circulatório ou das vias aéreas, habitualmente não são sinais de anafilaxia, exceto quando ocorrem devido a picadas ou mordeduras de insetos (Whyte et al., 2022).

Considera-se como altamente provável a presença de uma crise anafilática quando se verifica um dos seguintes dois critérios (Cardona et al., 2020):

1. Início agudo da reação (de minutos a várias horas), com envolvimento da pele e/ou mucosas (ex.: urticária generalizada, prurido, rubor, edema dos lábios, língua ou úvula). Com o comprometimento de pelo menos um destes critérios:

A. Via aérea/respiração: comprometimento respiratório (ex.: dispneia, pieira/broncoespasmo, estridor, redução do pico de fluxo expiratório, hipóxia).

B. Circulação: diminuição da pressão arterial ou sintomas associados de disfunção de órgãos vitais (ex.: hipotensão/colapso, síncope, incontinência).

C. Outros: sintomas gastrointestinais graves (ex.: dor abdominal intensa, vômitos repetitivos), especialmente após exposição a alérgenos não alimentares.

2. Início agudo de hipotensão, broncoespasmo ou envolvimento laríngeo (estridor, alterações na voz, odinofagia) após exposição a um alérgico conhecido ou altamente provável para o cliente (de minutos a várias horas), mesmo na ausência de manifestações cutâneas típicas. Pode manifestar-se com algum destes sintomas:

- Lactentes e crianças: hipotensão sistólica (específica para a idade) ou diminuição superior a 30% da pressão arterial sistólica;

- Adultos: pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg ou redução superior a 30% relativamente ao valor basal da pessoa;

- Broncoespasmo;

- Envolvimento laríngeo (ex.: estridor, alterações vocais, odinofagia).

A classificação da gravidade das reações anafiláticas é complexa e não há consenso sobre o sistema mais adequado, uma vez que, diferentes classificações priorizam sintomas distintos conforme o agente desencadeante (Cardona et al., 2020). A WAO, modificou uma classificação inicialmente desenvolvida para reações a imunoterapia, adaptando-a a reações sistêmicas gerais (Cardona et al., 2020), nesta classificação (Tabela 1), apenas os graus 3-5 correspondem

a anafilaxia, enquanto graus 1-2 são não considerados anafiláticos.

Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
Sintoma(s)/sinal(is) presente(s) em 1 sistema orgânico	Sintoma(s)/sinal(is) presente(s) em 2 ou mais sistemas orgânicos listados no grau 1	Qualquer 1 (ou mais) dos seguintes sintomas/sinais	Qualquer 1 (ou mais) dos seguintes sintomas/sinais	Qualquer 1 (ou mais) dos seguintes sintomas/sinais
Cutâneos - Urticária e/ou eritema com sensação de calor e/ou prurido, exceto se localizado no local da injeção - E/ou formigueiro, ou comichão nos lábios* - Ou angioedema (não laríngeo)		Respiratórios inferiores - Broncoespasmo ligeiro, com: - Tosse - Pieira - Dificuldade respiratória que responde ao tratamento	Respiratórios inferiores - Broncoespasmo severo que não, responde ou agrava com tratamento	Respiratórios inferiores e superiores Falência respiratória
Ou	E/Ou	E/Ou	E/Ou	E/Ou
Respiratórios Superiores - Sintomas nasais (ex.: espirros, rinorreia, prurido nasal e/ou congestão nasal) - E/ou necessidade de limpar a garganta (comichão na garganta) - E/ou tosse não relacionada com broncoespasmo	Gastrointestinais - Cólicas abdominais e/ou - Vómitos/diarreia que não cumprem os critérios para anafilaxia	Gastrointestinais Graves* - Cólicas abdominais e/ou - Vómitos/diarreia que cumprem os critérios para anafilaxia	Respiratórios superiores Edema laríngeo com estridor	Cardiovasculares Colapso/ Hipotensão Perda de consciência (excluindo eventos vaso vagais)
Ou		E/Ou		
Conjuntival Eritema, prurido ou lacrimejar		Uterino - Cólicas uterinas e/ou - Hemorragia uterina		
Ou				
Outros Náusea Sabor Metálico				

*Dor abdominal tipo cólica intensa e/ou vômitos repetitivos, especialmente após exposição a alérgenos não alimentares.

Tabela 1. Sistema de Classificação das Reações Alérgicas Sistémicas da WAO. Fonte: Adaptado

de Cardona et al. (2020)

O reconhecimento precoce e a intervenção imediata perante reações anafiláticas consoante os critérios acima identificados, são essenciais para uma gestão eficaz destes episódios. Importa ressalvar, que clientes com antecedentes de anafilaxia devem ter um protocolo de emergência em vigor, enfatizando o uso de adrenalina intramuscular como tratamento de primeira linha (Cardona et al., 2020).

Intervenção terapêutica e abordagem ao tratamento

O tratamento de primeira linha para a anafilaxia é a administração de adrenalina intramuscular (Cardona et al., 2020; Whyte et al., 2022). Esta deve ser administrada na zona anterolateral da coxa (vasto lateral do quadríceps) para uma absorção mais eficaz, sendo que a dose recomendada é de 0,01 mg/kg, com uma dose total máxima de 0,5 mg. Este procedimento pode ser repetido a cada 5 a 15 minutos, se os sintomas persistirem (Cardona et al., 2020). A via intramuscular é a preferida mesmo se o acesso intravenoso estiver disponível, sendo geralmente bem tolerada, ao contrário da via intravenosa (IV), que tem maior incidência de eventos adversos (Cardona, et al., 2020); doses excessivas podem resultar em taquiarritmias, hipotensão grave, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte (Whyte et al., 2022). Caso seja necessária a administração por via endovenosa, esta deve ser realizada apenas por profissionais experientes no uso e titulação de vasopressores, com o cliente monitorizado, incluindo eletrocardiografia e monitorização da pressão arterial. A administração deve ser realizada, preferencialmente, por infusão intravenosa mediante uma bomba de infusão (Whyte et al., 2022).

A administração tardia de adrenalina leva a uma maior incidência dos casos de anafilaxia bifásica (Whyte et al., 2022). Em outras situações pode ocorrer anafilaxia refratária, em que não há resposta após duas doses de adrenalina intramuscular, requerendo um tratamento continuado. O algoritmo de tratamento para anafilaxia refratária destaca não só a importância do reconhecimento precoce, mas também, da infusão de fluidos intravenosos para preservar o volume sanguíneo e otimizar a ação da adrenalina (Whyte et al., 2022).

Como tratamento de segunda linha, caso os sintomas persistam, podem ser incluídos agonistas beta- 2 inalados para broncoconstrição, glicocorticoides para prevenir sintomas prolongados e anti-histamínicos para sintomas cutâneos (Cardona et al., 2020). Os anti-histamínicos podem ser utilizados como tratamento de terceira linha para aliviar os sintomas cutâneos, mas só devem ser administrados após abordagem do ABC e respetiva intervenção. Os corticosteroides não são geralmente recomendados, uma vez que podem agravar os resultados, a menos que sejam administrados em casos específicos, como na asma mal controlada (Whyte et al., 2022).

O papel do EEEMC perante a PSC com diagnóstico de anafilaxia

O reconhecimento da anafilaxia pode ser desafiante, sendo frequente a sua subnotificação ou diagnóstico incorreto. O EEEMC na área da PSC, através do rápido reconhecimento dos critérios de uma reação anafilática (Tabela 1), e de uma intervenção precoce e atempada, pode reduzir o risco de evolução para reações graves e a necessidade de hospitalização (DeTurk et al., 2019).

No contexto da resposta à crise anafilática, as intervenções de enfermagem podem ser classificadas como autónomas ou interdependentes, consoante o grau de responsabilidade e decisão clínica envolvido. As intervenções interdependentes decorrem de uma prescrição médica ou de uma decisão partilhada no seio da equipa multidisciplinar, exigindo articulação e colaboração entre profissionais. Por sua vez, as intervenções autónomas resultam do juízo clínico e da responsabilidade profissional do enfermeiro, no âmbito das suas competências técnicas, científicas e ético-deontológicas (OE, 2011).

Durante a prática clínica, a administração de adrenalina, reconhecida como tratamento de primeira linha na crise anafilática, constitui uma intervenção interdependente, uma vez que é iniciada mediante prescrição médica. Contudo, esta dependência formal não diminui a autonomia do EEEMC, que deve possuir o conhecimento técnico-científico necessário para avaliar a situação clínica, preparar e administrar o fármaco de forma segura e atempada, agindo sempre no melhor interesse do cliente (OE, 2011). A autonomia do enfermeiro manifesta-se, assim, na capacidade de decisão imediata e fundamentada, essencial em situações críticas, e deve equilibrar-se entre o cumprimento das normas legais e ético-deontológicas e o dever de proteção da vida.

Após a administração da adrenalina, tornam-se fundamentais diversas intervenções autónomas de enfermagem, nomeadamente a monitorização contínua dos sinais vitais, incluindo a pressão arterial, a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio, de modo a detetar precocemente possíveis alterações ou reações bifásicas, caracterizadas pelo reaparecimento dos sintomas após uma aparente resolução inicial (Cardona et al., 2020; Whyte et al., 2022). A oximetria de pulso deve ser instituída, e o oxigénio em alto fluxo administrado sempre que clinicamente indicado (Whyte et al., 2022). Estas intervenções requerem avaliação contínua e pensamento crítico, refletindo a autonomia técnica e ética do enfermeiro na vigilância do cliente e na tomada de decisões orientadas para a segurança e preservação da vida.

A via de administração da adrenalina constitui outro aspeto relevante da prática clínica. Quando administrada por via intravenosa, exige vigilância reforçada, dada a maior probabilidade de ocorrência de efeitos adversos graves, como arritmias ou enfarte agudo do miocárdio, em comparação com a administração intramuscular (Whyte et al., 2022). Esta realidade reforça a importância da supervisão contínua e da colaboração interdependente, em simultâneo com o exercício da autonomia técnica no acompanhamento rigoroso da resposta do cliente.

O posicionamento da pessoa revelou-se igualmente uma intervenção autónoma determinante. A maioria dos clientes deve ser colocada em decúbito dorsal, exceto quando apresentam

dificuldade respiratória, caso em que a posição sentada se torna mais benéfica (Cardona et al., 2020). Nas clientes grávidas, o posicionamento recomendado é o decúbito lateral esquerdo, por forma a otimizar o retorno venoso e reduzir a compressão da veia cava (Cardona et al., 2020). Paralelamente, é essencial assegurar um acesso intravenoso permeável para eventual administração de fluidos ou outros fármacos, conforme a evolução clínica (Cardona et al., 2020).

Deste modo, o EEEMC na área da PSC otimiza o ambiente e os processos terapêuticos, diagnosticando precocemente as complicações resultantes de doenças da reação anafilática, dinamizando a conceção, o planeamento e a intervenção no controlo dos sinais e sintomas (OE, 2018). Para tal, desenvolve intervenções técnicas de elevada complexidade ajustadas às necessidades identificadas, e implementa procedimentos específicos para o controlo de eventos adversos, tais como a anafilaxia refratária ou bifásica, assegurando uma prática clínica diferenciada e centrada na segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2018).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 59 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-09-12 16:15:00	Adrenalina 1mg/1ml, 0.5mg, IM	2024-09-12 17:15:00
2024-09-12 16:15:00	Solução Polielectrolítica Simples 500ml IV	
2024-09-12 16:15:00	Hidrocortisona 200mg IV	2024-09-12 17:15:00
2024-09-12 16:15:00	Salbutamol 400mcg inalatória	2024-09-12 17:15:00
2024-09-12 16:15:00	Oxigénio 10L/min	2024-09-12 17:15:00
2024-09-12 17:15:00	Oxigénio 2L/min	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No cuidado especializado do EEEMC à PSC, é necessário salvaguardar, para além da resposta às

necessidades físicas, a componente pessoal e emocional do cliente, reconhecendo e atendendo às suas necessidades psicológicas, proporcionando conforto e segurança e estabelecendo um diálogo claro e empático com o próprio e seus familiares, promovendo compreensão e confiança (Gomes, C., 2019).

Os fármacos administrados neste caso foram os seguintes:

Adrenalina

A adrenalina é uma amina simpaticomimética produzida pela medula adrenal, que estimula principalmente os recetores β -adrenérgicos, com menor ação sobre os α -adrenérgicos. Tem um efeito inotrópico e cronotrópico positivo (influenciando a pressão arterial conforme a dose administrada), facilita o fluxo sanguíneo no músculo esquelético, mas pode reduzir com doses elevadas. Metabolicamente, promove a produção de glicose e o consumo de oxigénio. Já o fluxo sanguíneo nos rins, mucosas e pele diminui, enquanto o efeito no fluxo cerebral é mínimo (Infarmed, 2023).

A adrenalina intramuscular é universalmente reconhecida como o tratamento de primeira linha para a anafilaxia. As orientações internacionais, incluindo as da *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* e da WAO, enfatizam o seu papel crítico na gestão de emergências (Dodd et al., 2021). Como referido anteriormente, a WAO (2020) refere que a dose recomendada é de 0,01 mg/kg, com uma dose total máxima de 0,5 mg, sendo que este procedimento pode ser repetido a cada 5 a 15 minutos, se persistência de sintomas. Já o Infarmed (2023) refere que em casos reação anafilática aguda, a dose a administrar é de 0,3 ml de solução 1:1000 ou 1 mg/ml, a repetir cada 10 minutos até melhoria. Dodd et al. (2021) à semelhança da WAO, enfatizam que para adultos e adolescentes, recomenda-se uma dose de 0,5mg, uma vez que doses mais baixas (como 300 microgramas) podem levar a uma subdosagem e a resultados potencialmente fatais.

É importante que os profissionais de saúde estejam despertos para possíveis reações adversas que podem ocorrer: taquicardia, tremor, arritmias, extremidades frias, hipertensão (risco de hemorragia cerebral), náuseas, vômitos, suores frios, cansaço, tonturas e hiperglicemia (Infarmed, 2023). As complicações associadas à adrenalina podem surgir independentemente da via de administração, contudo, são significativamente mais comuns quando administrada por via intravenosa. Este risco é especialmente elevado em casos de perfusão intravenosa demasiado rápida, administração em bólus ou erros na dosagem (Cardona, et al., 2020; Dodd et al., 2021; Whyte et al., 2022). Na administração de adrenalina são princípios básicos a monitorização cuidadosa do cliente e a adesão às orientações específica de posologia.

Neste caso a administração de adrenalina foi imediata, de acordo com o preconizado, via IM, não revelando nenhum dos efeitos secundários descritos, revelando até a estabilização de alguns sinais vitais.

Não houve necessidade de reforço na administração de adrenalina.

Fluidoterapia

Solução Polielectrolítica Simples

As soluções eletrolíticas de administração intravenosa são fundamentais no tratamento de diversas condições clínicas agudas. Visam a correção do equilíbrio hidroeletrólítico, de modo a corrigir as alterações da volémia e restabelecer o equilíbrio osmótico ou o equilíbrio ácido-base. Existem várias formulações com composições qualitativas e quantitativas distintas, cuja escolha depende da natureza e gravidade do distúrbio hidroeletrólítico e/ou ácido-base a corrigir (Infarmed, 2018).

O choque anafilático resulta frequentemente numa combinação de choque hipovolémico, distributivo e possivelmente cardiogénico, levando a uma redução do retorno venoso. Os mediadores alérgicos podem causar uma queda significativa no tónus venoso e extravasamento de fluidos, razão pela qual restaurar o volume circulante com fluidos intravenosos é crucial (Dodd et al., 2021). Assegurar um acesso intravenoso e a administração de fluidos intravenosos é essencial para tratar/prevenir a hipotensão e o choque (Resuscitation Council UK, 2021). É considerado um tratamento adjuvante eficaz para a anafilaxia, tendo como objetivo, não só, promover e restaurar o volume circulatório, mas também, aumentar a eficácia na resposta à adrenalina (Dodd et al., 2021; Whyte et al., 2022). Na crise anafilática fará sentido, salvo exceções, optar por uma solução eletrolítica simples (sem adição de glucose), visto que, como mencionado anteriormente, a administração de adrenalina potencia a produção de glucose no sangue.

O cliente com os 500ml de fluidoterapia administrada respondeu eficazmente, aumentando a tensão arterial (TA). Aquando da chegada ao SUMC foi-lhe suspensa a fluidoterapia pelas melhorias gerais apresentadas.

Corticosteróides

Hidrocortisona

Os glucocorticoides atuam em diversos sistemas do organismo, sendo fundamentais na resposta ao stress para manter o controlo dos mecanismos de defesa. A sua administração exógena reforça o controlo hormonal conforme as necessidades do organismo. Possuem potentes efeitos anti-inflamatórios e imunossuppressores, influenciam o metabolismo e alteram o metabolismo lipídico, afetam o sistema nervoso central, aumentando a produção de ácido clorídrico e pepsina. São utilizados sobre a forma de preparações hidrossolúveis em reações alérgicas ou anafiláticas (Infarmed, 2018).

A hidrocortisona é administrada com o intuito de reduzir a resposta inflamatória exagerada, minimizando a libertação de mediadores inflamatórios, ajudando a diminuir o edema das vias

aéreas e o broncoespasmo. Por outro lado, ajuda a estabilizar a PA, ao melhorar a resposta vascular aos vasopressores, embora o efeito seja demorado (Alqurashi & Ellis, 2017; Infarmed, 2018). É utilizada também na anafilaxia refratária, ajudando a reduzir o processo inflamatório tardio e diminuindo o risco de recorrência de sintomas (Alqurashi & Ellis, 2017).

A *Australian Society of Clinical Immunology and Allergy* (2023), menciona como medida adicional à primeira linha de tratamento (adrenalina), a administração de corticosteroides, em particular a hidrocortisona intravenosa 5 mg/kg (máximo de 200 mg). Por sua vez, a *Resuscitation Council UK* (2021) refere que a administração de corticosteroides (como, por exemplo, hidrocortisona) já não é recomendada para o tratamento de emergência de anafilaxia de forma rotineira. Efetivamente, os corticosteroides são frequentemente discutidos no contexto do tratamento da anafilaxia, embora sejam uma opção de tratamento tradicional para várias reações alérgicas (Alqurashi & Ellis, 2017; Dodd et al., 2021; Whyte et al., 2022). O seu papel não é consensual, devido à falta de evidências que apoiem a sua eficácia, particularmente no tratamento imediato (Dodd et al., 2021; Whyte et al., 2022).

Os corticosteroides, como a hidrocortisona, desempenham um papel essencial na modulação da resposta inflamatória tardia. No entanto, devido à sua absorção lenta e à rápida progressão da anafilaxia, o seu efeito imediato em situações agudas é incerto. Apesar disso, a sua utilização pode ser considerada em casos de anafilaxia refratária, bem como em clientes com historial de patologias respiratórias, como a asma (Dodd et al., 2021).

Apesar destas referências, neste caso clínico, a administração de hidrocortisona, coadjuvada com a restante terapêutica efetuada, teve repercussões benéficas para o cliente.

Broncodilatadores

Salbutamol

Os agonistas adrenérgicos beta-2 seletivos atuam estimulando os recetores beta-2 adrenérgicos, localizados predominantemente no músculo liso dos brônquios. A sua ativação desencadeia uma cascata de reações intracelulares que resultam na relaxação do músculo liso, promovendo efeitos terapêuticos importantes (Infarmed, 2018).

Segundo a WAO, aos clientes com anafilaxia e sintomas de broncoconstrição, podem ser administrados agonistas beta-2 de ação curta por inalação, como o salbutamol (Cardona et al., 2020). Os agonistas beta-2 são amplamente utilizados na prática clínica e estão incluídos na maioria das diretrizes como uma opção de tratamento de segunda linha para a anafilaxia (Dodd et al., 2021). As diretrizes internacionais concordam que os broncodilatadores podem ser úteis para o alívio da pieira persistente, mas alertam que não previnem nem tratam a obstrução das vias aéreas superiores, a hipotensão ou o choque, devendo, assim, ser usados apenas como tratamento adjuvante (Dodd et al., 2021).

Em clientes com sintomas respiratórios ligeiros a moderados, os agonistas beta-2 podem ser administrados mediante um inalador de dose calibrada com um espaçador de grande volume, dado o rápido início de ação (cerca de 5 minutos) na obstrução reversível das vias respiratórias (Infarmed, 2025). Dodd et al. (2021) referem que não há dados suficientes para recomendar o uso de inaladores em sintomas respiratórios graves ou potencialmente fatais, nestes casos, será benéfico administrar os agonistas beta-2 por nebulizador acionado a oxigénio (Dodd et al., 2021). No entanto, importa ressaltar, que a sua utilização em situação de reação anafilática, pode ser considerada como terapêutica coadjuvante, dado que o salbutamol provoca broncodilatação durante um espaço de tempo de 4 horas (Infarmed, 2025), prevenindo a anafilaxia bifásica.

A administração de Salbutamol, tal como a restante terapêutica identificada, surgiu no cumprimento do protocolo SIV para a reação anafilática. No entanto o cliente nunca referiu dificuldade respiratória.

Oxigenoterapia

Perante uma situação de reação anafilática, em particular em situações de hipoxémia, deve ser administrado oxigénio suplementar a todos os clientes com dificuldade respiratória, nível de consciência reduzido, e aqueles que necessitam de doses repetidas de adrenalina (*Australian Society of Clinical Immunology and Allergy* (ASCIA), 2023). Na ausência destes critérios, mas caso o cliente tenha antecedentes de asma, patologia respiratória crónica ou doença cardiovascular, a administração de oxigénio suplementar deve também ser considerada (ASCIA, 2023). Inicialmente, deve-se administrar a maior concentração de oxigénio possível, utilizando uma máscara com reservatório de oxigénio. Assim que for viável, deve se proceder ao ajuste da concentração de oxigénio inspirado para alcançar uma saturação periférica de oxigénio (SpO₂) entre 94 - 98% (*Resuscitation Council UK*, 2021).

Perante um cliente em crise anafilática é importante atuar rapidamente, monitorizando o pulso, a pressão arterial (PA), a frequência respiratória, oximetria de pulso e nível de consciência (ASCIA, 2023). Deve ser administrado oxigénio de alto fluxo (6-8 L/min) e assegurar a via aérea. O fluxo de oxigénio suplementar deve ser ajustado consoante as necessidades do cliente (valores de saturação de oxigénio, sinais de dificuldade respiratória, nível de consciência reduzido ou doses repetidas de adrenalina) (ASCIA, 2023).

O aporte de oxigénio neste caso deu resposta às necessidades do cliente, visto a abordagem ter sido iniciada com uma SPO₂ de 82% e na segunda sessão já apresentar SPO₂ de 95%, com a redução gradual do aporte.

Na segunda sessão do caso, o cliente apenas manteve a fluidoterapia até concluir os 500ml e o aporte de oxigénio foi reduzido para 2L/min por óculos nasais.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

12-09-2024 16:15

12-09-2024 16:15 - Oxigenoterapia

12-09-2024 16:15 - Débito de oxigénio: 10.00 L/min.

12-09-2024 17:15 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

12-09-2024 16:15 - Assegurar oxigenoterapia

12-09-2024 16:15 - Manter oxigenoterapia [Sem horário]

12-09-2024 16:15 - Repouso no leito

12-09-2024 16:15 - Promover adesão: repouso no leito

12-09-2024 16:15 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador.

12-09-2024 17:15 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador [MANTEVE].

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da adesão ao repouso no leito [Sem horário]

12-09-2024 16:15 - Regime de nada pela boca

12-09-2024 16:15 - Promover adesão: regime de nada pela boca

12-09-2024 16:15 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador.

12-09-2024 17:15 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador [MANTEVE].

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca [Sem horário]

Sondas, Drenos e Cateteres

12-09-2024 16:15

12-09-2024 16:15 - Sonda de oxigénio

12-09-2024 16:15 - Características do dispositivo: Máscara de Venturi.

12-09-2024 17:15 - Características do dispositivo: Óculos nasais.

12-09-2024 16:15 - Assegurar funcionamento da sonda

12-09-2024 16:15 - Otimizar sonda de oxigénio [Sem horário]

12-09-2024 16:15 - Promover adesão: medidas de otimização da sonda de oxigénio

12-09-2024 16:15 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora.

12-09-2024 17:15 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora [MANTEVE].

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da adesão a medidas de otimização da sonda de oxigénio [Sem horário]

12-09-2024 16:15 - Cateter venoso periférico

12-09-2024 17:15 - Localização do cateter venoso periférico

12-09-2024 17:15 - Antebraço Esquerda(o)

12-09-2024 17:15 - Características do dispositivo: 18G.

- 12-09-2024 17:15 - Ausência de dor.
- 12-09-2024 17:15 - Ausência de calor.
- 12-09-2024 17:15 - Ausência de rubor.
- 12-09-2024 17:15 - Ausência de tumefação.
- 12-09-2024 17:15 - Ausência de exsudado.
- 12-09-2024 17:15 - Ausência de infiltração.
- 12-09-2024 16:15 - Localização do cateter venoso periférico
- 12-09-2024 16:15 - Antebraço Esquerda(o)
- 12-09-2024 16:15 - Características do dispositivo: Ch18.
- 12-09-2024 16:15 - Ausência de dor.
- 12-09-2024 16:15 - Ausência de calor.
- 12-09-2024 16:15 - Ausência de rubor.
- 12-09-2024 16:15 - Ausência de tumefação.
- 12-09-2024 16:15 - Ausência de exsudado.
- 12-09-2024 16:15 - Ausência de infiltração.
- 12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da administração pelo cateter**
 - 12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Sem horário]
- 12-09-2024 16:15 - Assegurar funcionamento do cateter**
 - 12-09-2024 16:15 - Otimizar cateter venoso periférico [Sem horário]
- 12-09-2024 16:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**
 - 12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Sem horário]
 - 12-09-2024 16:15 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]
- 12-09-2024 16:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**
 - 12-09-2024 16:15 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]
 - 12-09-2024 16:15 - Trocar cateter venoso periférico [96/96h e SOS]

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica são imprescindíveis na abordagem da PSC.

No caso em estudo, optou-se pela utilização da máscara de Venturi como dispositivo de oxigenoterapia. Este é um dispositivo de administração de oxigénio suplementar que permite fornecer uma concentração precisa e controlada de oxigénio, através da presença da válvula de Venturi (Manici et al., 2022). Esta válvula possui uma abertura lateral que aspira ar ambiente

devido à redução da pressão do lúmen da válvula, desta forma, o fluxo de oxigénio mistura-se com o ar ambiente antes de chegar ao cliente, garantindo uma fração inspirada de oxigénio (FiO_2) estável, independentemente do padrão respiratório do cliente (Manici et al., 2022).

Assegurar a colocação de um acesso venoso periférico é essencial no tratamento da anafilaxia, dada a possível instabilidade cardiovascular associada a estas situações. A presença de cateter venoso periférico para a administração de fluidos intravenosos é recomendada para restaurar a volémia, contribuindo, simultaneamente, para a otimização da resposta da adrenalina à anafilaxia (Dodd et al., 2021; Resuscitation Council UK, 2021). Deve-se assim privilegiar a introdução de acesso venoso periférico, e ponderar um acesso e adicional de grande calibre (14G ou 16G) (ASCI, 2023).

A escolha do calibre do cateter venoso periférico é essencial para a eficácia do tratamento e minimização das complicações. Em emergências, como a desidratação grave ou o choque, um cateter de grande calibre, permite a administração rápida e eficaz de fluidos. No cliente em estudo, optou-se pela utilização de um cateter de calibre 18G, que é o indicado para transfusões de sangue e para reposição da volémia, suportando um débito até 90ml por minuto (Lippincott Nursing Center, 2025). A escolha de um calibre adequado é crucial para estabilizar a vítima, promovendo a reposição imediata do volume necessário para restabelecer a pressão arterial e a circulação (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2023).

O local escolhido para a inserção do cateter foi o antebraço esquerdo, devido à facilidade de acesso e ao calibre adequado do vaso sanguíneo, que permitiu a utilização de um cateter compatível com as necessidades do cliente. A seleção do local de inserção de um cateter venoso periférico deve ter como prioridade a minimização do risco de infeção e de complicações mecânicas. Para tal, devem ser considerados fatores como a condição da pele e dos vasos sanguíneos na zona de inserção, bem como eventuais contraindicações, nomeadamente esvaziamento ganglionar axilar ou presença de fístula arteriovenosa (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2023).

A gestão dos cateteres venosos periféricos requer a verificação do local de inserção, com o intuito de identificar sinais de complicações (rubor, edema, calor). Isso deve ocorrer pelo menos uma vez por turno (ou a cada oito horas) e sempre que se acede ao dispositivo, ou que o cliente relate desconforto. É importante que se verifique a presença de dor, edema ou rubor no local de inserção (através da observação e palpação), possíveis tumefações ou trombose das veias, sinais de infeção local ou sistémica, e de extravasamento de fluidos, sinais de oclusão, ou infiltração (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2023). É igualmente essencial, assegurar que o cateter está bem fixado e protegido por penso adequado (idealmente transparente, para uma melhor visualização do local de inserção).

Na manutenção do cateter venoso periférico, é importante, antes e após o manuseamento, proceder-se à desinfeção dos conectores com álcool 70% ou com clorhexidina a 2% em álcool

(Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2023; Drugeon et al., 2022).

O flush é uma prática recomendada, que procura preservar a permeabilidade da veia (prevenindo obstruções causadas por coágulos e trombos), remover depósitos de fibrina do lúmen interno, minimizando o risco de proliferação bacteriana, e evitar a mistura de fármacos e soluções, evitando interações entre substâncias incompatíveis (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2023; Parreira et al., 2020).

O posicionamento do cliente constitui uma intervenção determinante na atuação perante uma crise anafilática. A manutenção do repouso no leito maximiza o retorno venoso, o que, no caso em estudo, é particularmente importante, uma vez que o cliente apresentava hipotensão, um sintoma que pode refletir a diminuição do tônus venoso e o extravasamento de fluidos (Cardona, 2020; Resuscitation Council UK, 2021).

A adoção da posição vertical (em pé ou a caminhar) compromete significativamente o retorno do sangue venoso ao coração, podendo resultar em hipotensão grave e, em situações extremas, levar ao colapso cardiovascular e à morte, em consequência da diminuição do retorno venoso e da redução do débito cardíaco (ASCIA, 2023; Whyte et al., 2022). A posição a adotar pelo cliente deverá ser o decúbito dorsal, com ou sem elevação dos membros inferiores, ou em posição semi-fowler, consoante a presença de sintomatologia respiratória.

A mobilização do cliente poderá ser promovida apenas após confirmação da estabilidade hemodinâmica. É recomendado aguardar, no mínimo, uma hora após a administração de uma dose de adrenalina ou quatro horas, caso tenham sido administradas duas ou mais doses. (ASCIA, 2023).

Quanto ao "regime de nada pela boca", a interrupção da ingesta em situações críticas é vital para assegurar a segurança do cliente. Nos casos de anafilaxia esta intervenção é duplamente importante. Em primeira instância, como verificado anteriormente, o edema laríngeo, com possível comprometimento das vias aéreas superiores, é uma realidade frequente nos casos de anafilaxia (Pflipsen & Vega Colon, 2020). Uma possível ingestão de alimentos ou líquidos aumenta significativamente o risco de obstrução da via aérea e de aspiração, podendo levar a asfixia. Acresce que, a ingestão de alimentos, poderá ainda agravar possíveis sintomas gastrointestinais, como náuseas, vômitos ou dor abdominal (Cardona et al., 2020).

Por outro lado, se a causa da anafilaxia for desconhecida (idiopática), ou houver dúvidas quanto ao agente desencadeante, a ingestão de alimentos pode dificultar a identificação da causa da reação (ASCIA, 2023).

No cliente em estudo, apesar de, o fator desencadeante estar claramente identificado, e de não terem sido reportados sintomas gastrointestinais, verificam-se manifestações respiratórias. Perante este panorama, a ingestão de alimentos/líquidos por via oral, poderia levar ao agravamento respiratório e/ou provocar obstrução das vias aéreas.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
12-09-2024 16:15	Consciência	
12-09-2024 16:15	Sistema respiratório	
12-09-2024 16:15	Sistema cardiovascular	
12-09-2024 16:15	Atitudes terapêuticas	
12-09-2024 16:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
12-09-2024 16:15	Eliminação urinária	
12-09-2024 16:15	Pele e mucosas	
12-09-2024 16:15	Metabolismo	
12-09-2024 16:15	Sensações somáticas	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A abordagem ABCDE, é um método amplamente aceite para a avaliação inicial e o tratamento de clientes em estado crítico, independentemente da idade ou da causa subjacente (Schoeber et al., 2022). Esta abordagem permite que os profissionais de saúde avaliem e tratem, de forma sistemática, condições potencialmente fatais conforme a sua prioridade (Schoeber et al., 2022). O presente quadro teórico será explanado consoante a prioridade no planeamento assistencial dos domínios identificados, seguindo a metodologia de abordagem ABCDE.

Sistema Respiratório

Sendo a anafilaxia uma reação de hipersensibilidade sistémica grave e potencialmente fatal, o potencial risco de compromisso da função respiratória é um dos principais dos elementos a considerar na avaliação e tratamento destes episódios (Antolín-Amérigo et al., 2024).

No reconhecimento de uma reação anafilática, um dos critérios de diagnóstico é o comprometimento respiratório, com a presença de dispneia, tosse persistente, sibilos, estridor, incapacidade de manter a via aérea permeável, hipoxemia e/ou cianose (McLendon & Sternard, 2023; Pflipsen & Vega Colon, 2020).

A respiração refere-se ao processo de trocas gasosas, tanto entre a atmosfera e o sangue, como entre o sangue e as células do organismo, garantindo a oxigenação dos tecidos e a eliminação do dióxido de carbono. Durante a inalação, a pressão torácica negativa facilita a entrada de ar nos pulmões, enquanto, na exalação, ocorre o processo inverso, permitindo a saída do ar (Sobhan et al., 2024).

A resistência das vias aéreas e a capacidade pulmonar influenciam diretamente nessa dinâmica

respiratória. Neste contexto, qualquer condição que reduza o diâmetro das vias aéreas pode aumentar a resistência ao fluxo de ar, dificultando a ventilação (Sobhan et al., 2024), como é o caso das reações anafiláticas. Nestas ocorre a contração do músculo liso das vias aéreas, podendo levar ao edema das vias aéreas, particularmente laríngeo, broncoespasmo ou obstrução significativa do fluxo de ar (Pranata et al., 2024). É assim necessário, determinarmos a evolução não só da ventilação, mas também da limpeza da via aérea, visto que o comprometimento da sua permeabilidade pode resultar em hipoxemia e insuficiência respiratória aguda, exigindo dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro, uma intervenção célere.

Torna-se assim, imperioso, avaliar a permeabilidade da via aérea ou qualquer sinal de um possível comprometimento respiratório, no contacto imediato com o cliente. Como existe a possibilidade de ocorrer um agravamento rápido, com compromisso da via aérea, é necessário protegê-la, enquanto outros cuidados são prestados. Neste contexto, a pessoa deve ser colocada em semi-fowler, facilitando a ventilação (ASCIA, 2023; Cardona et al., 2020).

Em clientes com SPO₂ superior a 90%, deve ser assegurada oxigenoterapia suplementar de alto fluxo, bem como, administrada terapêutica coadjuvante na presença de estridor e/ou sibilos, como, por exemplo, salbutamol em inalador pressurizado (Antolín-Amérigo et al., 2024), como foi o caso da vítima em análise. Perante a hipoxemia e a presença de sibilos foi assegurada não só a oxigenoterapia suplementar, mas também, terapêutica inalatória com salbutamol pressurizado.

Em situações de possível comprometimento crítico da via aérea, pode ser equacionada a obtenção de uma via aérea definitiva, com entubação endotraqueal, caso contrário, a rápida deterioração pode levar à necessidade de criação de uma via aérea cirúrgica, por impossibilidade de entubação endotraqueal (Antolín-Amérigo et al., 2024; McLendon & Sternard, 2023).

Sistema cardiovascular

A par do compromisso do sistema respiratório, as reações anafiláticas podem levar ao compromisso do sistema cardiovascular (Antolín-Amérigo et al., 2024). Durante a crise anafilática, a dilatação vascular e o aumento da permeabilidade podem levar à transferência de fluidos do espaço intravascular para o extravascular, originando situações de choque anafilático (Pflipsen & Vega Colon, 2020).

A vasodilatação sistémica provoca extravasamento de fluidos dos capilares para os tecidos circundantes, há assim, uma redução do fluxo sanguíneo, originando danos nos órgãos vitais (Smith et al., 2023). Em situações de diminuição do tónus venoso e extravasamento de fluidos, o cliente pode apresentar sintomas como hipotensão, taquicardia, tonturas ou confusão (Antolín-Amérigo et al., 2024; Pflipsen & Vega Colon, 2020). Estes são sinais de alarme e

indicadores de um real prejuízo hemodinâmico no cliente.

Nos episódios de anafilaxia induzida por veneno de insetos, a bradicardia tende a ocorrer precocemente, em associação ao início da hipotensão (*Resuscitation Council UK*, 2021), situação que não se verificou no presente estudo, ocorrendo somente hipotensão (79/58mmHg), e não bradicardia (101bpm/min). Na presença de comprometimento cardiovascular, nomeadamente de hipotensão, o posicionamento do cliente em dorsal, com elevação das pernas, deve ser privilegiado (*Resuscitation Council UK*, 2021).

Manter o cliente deitado favorece o retorno venoso, ao contrário de uma posição vertical, em que ocorre o comprometimento deste retorno, resultando num fluxo sanguíneo inadequado e em hipotensão (*Resuscitation Council UK*, 2021). Este facto veio a comprova-se na situação em análise, na qual a vítima inicialmente apresentava hipotensão (79/58mmHg), e após a implementação das medidas anteriormente descritas (posicionamento em dorsal), em concomitância, com a abordagem terapêutica instituída, resultaram na progressiva estabilização do cliente, com o regresso a valores de normotensão.

Durante a prestação de cuidados ao cliente, foram implementadas intervenções como a monitorização frequente e sistemática da PA, da FC e da perfusão tecidual, conforme recomendado na literatura (Cardona et al., 2020). A determinação da evolução do ritmo cardíaco, foi importante, não só pelo risco de comprometimento cardiovascular inerente à reação anafilática, mas também, pelos possíveis efeitos secundários da administração de adrenalina, e a necessidade de manter vigilância sobre os mesmos.

É ainda relevante mencionar que, em situações de instabilidade cardiovascular, a administração de fluidos revela-se fundamental para a reposição da volémia, tendo como objetivo a restauração da perfusão dos tecidos periféricos (Cardona et al., 2020; Whyte et al., 2022), como se verificou no caso em análise. A restauração da perfusão tecidual pode ser avaliada através do exame físico, da monitorização de sinais vitais (particularmente pressão arterial, em que se pretende alcançar uma pressão sistólica superior a 90mmHg), e da avaliação de resultados de exames laboratoriais, que permitem compreender a evolução do estado clínico da pessoa (Golden et al., 2023; Smith et al., 2023).

Eliminação Urinária

A identificação precoce de um quadro de choque é essencial para uma rápida atuação e maior eficácia de tratamento. Avaliar a evolução da eliminação urinária constitui um dos domínios sobre os quais o enfermeiro deve manter vigilância. Durante situações de choque, o compromisso do débito cardíaco, traduz-se clinicamente na alteração do estado de consciência/cognitivo, má perfusão periférica e diminuição do débito urinário (Dantas et al., 2021).

Apesar do cliente em estudo não apresentar alterações da eliminação urinária, é importante manter esta vigilância, dado que, como referido, a oligúria poderá ser uma manifestação

reveladora do desenvolvimento de choque anafilático (Hill & Mitchell, 2020).

Consciência

A avaliação do nível de consciência é amplamente realizada através da utilização da Escala de Coma de Glasgow (Mehta & Chinthapalli, 2019). A simplicidade da escala e a facilidade de uma monitorização rápida levaram a uma adoção internacional da mesma, tanto para aplicações diagnósticas quanto prognósticas, em contextos pré-hospitalares, nos SU e nas UCI (Bodien et al., 2021).

A Escala de Coma de Glasgow é pontuada com base em comportamentos observados em três subescalas: abertura ocular (pontuação de 1 a 4), resposta verbal (pontuação de 1 a 5) e resposta motora (pontuação de 1 a 6). A soma dessas pontuações resulta num total que varia de 3 a 15. O somatório da pontuação da escala reflete a gravidade da lesão: 3 a 8 indica uma lesão grave, 9 a 12 indica uma lesão moderada, e 13 a 15 indica uma lesão leve. As pontuações totais entre 3 e 8 são frequentemente utilizadas para definir o estado de coma (Bodien et al., 2021).

No contexto da monitorização regular de um cliente sob vigilância é essencial observar a tendência das pontuações da escala. Uma redução de 1 ou 2 pontos pode indicar deterioração neurológica (Mehta & Chinthapalli, 2019). Quando utilizada corretamente e com conhecimento das suas limitações, a Escala de Coma de Glasgow é um recurso valioso na avaliação clínica, no entanto, importa compreender que a monitorização do nível de consciência através da Escala de Glasgow é apenas uma das etapas de exame neurológico completo, mesmo em clientes inconscientes. É igualmente importante avaliar a reatividade pupilar, os reflexos do tronco cerebral, os reflexos dos membros, os sinais de meningismo e a resposta plantar (Mehta & Chinthapalli, 2019).

No choque anafilático, as alterações de consciência são consequência do comprometimento cardiovascular (Golden et al., 2024; Pranata et al., 2024), particularmente da hipotensão. Nestas situações, a perda de consciência é mais prolongada do que numa situação de reação vasovagal, sendo um critério diferencial de diagnóstico (Golden et al., 2024). Por outro lado, na anafilaxia, a alteração do nível de consciência, diferencia-se de uma causa do foro neurológico (como por exemplo, um acidente vascular cerebral), devido a outras manifestações associadas, como o comprometimento respiratório, possíveis manifestações digestivas ou cutâneas, e pela história de contacto com o alérgeno (Wilkinson-Stokes et al., 2021).

Clientes inconscientes, sem dificuldade respiratória, devem ser colocados na posição lateral de segurança (Resuscitation Council UK, 2021). No caso do cliente em estudo, tal não se verificou necessário, porque apesar do quadro hipotensivo, este não apresentava alterações da consciência (Glasgow de 15). Assim, optou-se pelo posicionamento da vítima em dorsal, para privilegiar o retorno venoso.

Perante um possível episódio de reação anafilática, é determinante compreender que o agravamento ou perda do estado de consciência, está relacionado com uma ineficaz gestão do sistema cardiovascular, neste sentido, a monitorização frequente dos sinais vitais e das alterações neurológicas, é determinante para uma atuação eficaz e atempada. Além disso, permitirá, também, um melhor entendimento da evolução do estado clínico e da eficácia do tratamento.

Metabolismo

Os glucocorticoides podem ser utilizados como terapêutica coadjuvante nas reações anafiláticas, reduzindo a resposta inflamatória. A hiperglicemia é um possível efeito adverso comum da sua administração (Struja et al., 2024). Os mecanismos fisiopatológicos que causam esta ação diabetogénica são múltiplos: a estimulação da gliconeogénese hepática; a redução da captação periférica de glicose; a diminuição da sensibilidade à insulina e antagonismo da sua ação; a inibição da secreção de insulina pelas células β pancreáticas; e o aumento da concentração de ácidos gordos livres, promovendo lipotoxicidade com impacto negativo na função das células β (Paredes & Alves, 2016).

No cliente em estudo, não se verificou alteração da glicémia capilar (110 mg/dl), no entanto, é relevante compreender que a monitorização sistemática da glicémia capilar é fundamental, visando mitigar a gravidade do quadro clínico e melhorar o prognóstico do cliente. O distúrbio metabólico provocado pela hiperglicemia mantida pode estar associado a desfechos clínicos adversos, nomeadamente ao maior risco de infeção, à limitação funcional após a alta hospitalar e ao prolongamento do internamento (Shah et al., 2022).

Não há consenso na literatura sobre o tratamento com insulina nos casos da hiperglicémica induzida por glucocorticoides. As diretrizes para o tratamento da hiperglicemia recomendam, de forma geral, a utilização de insulina com objetivos terapêuticos bem definidos “*treat-to-target*” (Struja et al., 2024). Contudo, não mencionam orientações específicas para a hiperglicemia induzida por glucocorticoides, ou limitam-se a recomendações com baixo grau de robustez, refletindo a escassez de evidência científica consistente nesta área (Struja et al., 2024).

Pele e mucosas

As crises anafiláticas estão frequentemente associadas ao envolvimento da pele, das mucosas ou de ambos, com manifestações típicas como erupção urticariforme, eritema, rubor ou angioedema, podendo ainda ocorrer a presença de urticária generalizada, prurido ou rubor, edema dos lábios, língua ou úvula (ASCIA, 2023). Importa salientar que, as alterações cutâneas e/ou mucosas isoladamente, não são indicativas de reação anafilática (Whyte et al., 2022).

A administração de anti-histamínicos serve para reduzir o envolvimento cutâneo e/ou das mucosas, porém deve ser considerada como tratamento de terceira linha, somente após estabilização bem-sucedida das funções vitais, com administração da adrenalina em primeira

instância (Whyte et al., 2022). O cliente alvo de análise, apresentava edema palpebral, sem outras alterações cutâneas/mucosas, sendo que, após a administração da terapêutica (nomeadamente da adrenalina), houve uma progressiva regressão do edema. Determinar a evolução do envolvimento da pele e/ou mucosas criteriosamente ao longo da prestação de cuidados é fulcral, visto que qualquer alteração pode ser indicativa de agravamento da condição clínica, com possíveis episódios de anafilaxia refratária e/ou bifásica.

Sensações Somáticas

No início agudo da reação anafilática e com o envolvimento da pele e/ou mucosas, pode desenvolver-se a sensação de prurido (Cardona, 2020). A patogénese do prurido é complexa, envolvendo uma vasta rede de células, marcadores inflamatórios e mediadores neuronais (Valente & Rosmaninho, 2019). O prurido nas crises anafiláticas, está frequentemente associado a urticária. As lesões de urticária são caracterizadas por áreas de eritema circunscrito discretamente elevado, de centro claro, com forma e tamanho variável, extremamente pruriginosas, que desaparecem à digitopressão; têm carácter transitório e migratório, resolvendo num período entre 30 minutos e 24 horas, não deixando lesão residual (Valente & Rosmaninho, 2019).

O cliente em estudo não manifestou prurido, contudo, é fundamental assegurar uma monitorização contínua da evolução do prurido, bem como do seu eventual agravamento ou reaparecimento, uma vez que tais alterações podem indicar uma progressão do quadro clínico ou uma resposta inadequada ao tratamento da anafilaxia.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

12-09-2024 16:15

12-09-2024 16:15 - Com indícios de compromisso da consciência.

12-09-2024 16:15 - Determinar sinais de alteração da consciência

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem horário]

12-09-2024 16:15 - Consciência comprometida

12-09-2024 16:15 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

12-09-2024 17:15 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

12-09-2024 16:15 - Resposta verbal: orientada.

12-09-2024 17:15 - Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

12-09-2024 16:15 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

12-09-2024 17:15 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

12-09-2024 16:15 - Reflexo pupilar

12-09-2024 16:15 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

12-09-2024 17:15 - Reflexo pupilar

12-09-2024 17:15 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

12-09-2024 16:15 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

12-09-2024 17:15 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

12-09-2024 16:15 - Ausência de vômito em jato.

12-09-2024 17:15 - Ausência de vômito em jato [MANTEVE].

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da consciência

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da consciência [1/1h]

12-09-2024 16:15 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [SOS]

12-09-2024 17:15

12-09-2024 17:15 - Consciente.

Sensações somáticas

12-09-2024 16:15

12-09-2024 16:15 - Sem manifestação de prurido.

12-09-2024 16:15 - Prurido

12-09-2024 16:15 - Localização e intensidade do prurido

12-09-2024 16:15 - Face: ausente.

12-09-2024 17:15 - Localização e intensidade do prurido

12-09-2024 17:15 - Face: ausente [MANTEVE].

12-09-2024 17:15

12-09-2024 17:15 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

Sistema respiratório

12-09-2024 16:15

12-09-2024 16:15 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

12-09-2024 16:15 - Ritmo respiratório regular.

12-09-2024 16:15 - Movimento respiratório simétrico.

12-09-2024 16:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

12-09-2024 16:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

12-09-2024 16:15 - Sem adejo nasal.

12-09-2024 16:15 - Saturação do oxigênio no sangue

12-09-2024 16:15 - Periférico(a): 82 %.

12-09-2024 16:15 - Coloração da mucosa: pálidas.

12-09-2024 16:15 - Reflexo da tosse: presente.

12-09-2024 16:15 - Expele as secreções das vias aéreas.

12-09-2024 16:15 - Sons respiratórios: síbilos.

12-09-2024 16:15 - Secreções em pequena quantidade.

12-09-2024 16:15 - Secreções espessas.

12-09-2024 16:15 - Secreções esbranquiçadas.

12-09-2024 16:15 - Limpeza da via aérea comprometida

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Sem horário]

12-09-2024 16:15 - Dispneia [RESOLVIDO] 12-09-2024 17:15

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da dispneia [FIM] 12-09-2024 17:15

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da dispneia [Sem horário] [FIM] 12-09-2024 17:15

12-09-2024 16:15 - Ventilação comprometida

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da ventilação

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da ventilação [Sem horário]

12-09-2024 17:15 - Referenciar ventilação comprometida ao médico

12-09-2024 16:15 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [SOS]

12-09-2024 17:15

12-09-2024 17:15 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

12-09-2024 17:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Sem adejo nasal.

12-09-2024 17:15 - Saturação do oxigénio no sangue

12-09-2024 17:15 - Periférico(a): 95 %.

12-09-2024 17:15 - Coloração da mucosa: rosada.

12-09-2024 17:15 - Não comunica falta de ar.

12-09-2024 17:15 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Sons respiratórios: normais.

12-09-2024 17:15 - Secreções em pequena quantidade.

12-09-2024 17:15 - Secreções normais [MELHOROU].

12-09-2024 17:15 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

12-09-2024 16:15

12-09-2024 16:15 - Localização do Pulso

12-09-2024 16:15 - Antebraço Direita(o)

12-09-2024 16:15 - Frequência do pulso: 110 pulsações por minuto.

12-09-2024 16:15 - Pulso de amplitude mediana e regular.

12-09-2024 16:15 - Pulso rítmico.

12-09-2024 16:15 - Pulso simétrico.

12-09-2024 16:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-09-2024 16:15 - Membro superior Direita(o)

12-09-2024 16:15 - Pressão sanguínea sistólica: 79 mmHg.

12-09-2024 16:15 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.

12-09-2024 16:15 - Temperatura das extremidades

12-09-2024 16:15 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

12-09-2024 16:15 - Coloração das extremidades

12-09-2024 16:15 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

12-09-2024 16:15 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

12-09-2024 16:15 - Arritmia [RESOLVIDO] 12-09-2024 17:15

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução do ritmo cardíaco [FIM] 12-09-2024 17:15

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Sem horário] [FIM]

12-09-2024 17:15

12-09-2024 16:15 - Referenciar arritmia ao médico [Sem horário] [FIM] 12-09-2024 17:15

12-09-2024 16:15 - Hipotensão

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [10/10 minutos]

12-09-2024 16:15 - Referenciar hipotensão ao médico [Sem horário]

12-09-2024 16:15 - Prevenir complicações da hipotensão

12-09-2024 16:15 - Posicionar para otimizar a perfusão cerebral [SOS]

12-09-2024 16:15 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos (Membro superior Direita(o)) [Sem horário]

12-09-2024 16:15 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico [SOS]

12-09-2024 17:15

12-09-2024 17:15 - Localização do Pulso

12-09-2024 17:15 - Antebraço Direita(o)

12-09-2024 17:15 - Frequência do pulso: 100 pulsações por minuto.

12-09-2024 17:15 - Pulso de amplitude mediana e regular.

12-09-2024 17:15 - Pulso rítmico.

12-09-2024 17:15 - Pulso simétrico.

12-09-2024 17:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-09-2024 17:15 - Membro superior Direita(o)

12-09-2024 17:15 - Pressão sanguínea sistólica: 123 mmHg.

12-09-2024 17:15 - Pressão sanguínea diastólica: 60 mmHg.

12-09-2024 17:15 - Temperatura das extremidades

12-09-2024 17:15 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Coloração das extremidades

12-09-2024 17:15 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Eliminação urinária

12-09-2024 16:15

12-09-2024 16:15 - Urina em moderada quantidade.

12-09-2024 16:15 - Cor da urina: incolor.

12-09-2024 16:15 - Transparência da urina: Límpida.

12-09-2024 16:15 - Frequência da eliminação urinária: normal .

12-09-2024 16:15 - Reconhece a vontade de urinar.

12-09-2024 16:15 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

12-09-2024 16:15 - Sem globo vesical.

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da eliminação urinária

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1/1h]

12-09-2024 17:15

12-09-2024 17:15 - Urina em moderada quantidade.

12-09-2024 17:15 - Cor da urina: incolor.

12-09-2024 17:15 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Sem globo vesical [MANTEVE].

12-09-2024 17:15 - Eliminação urinária involuntária ausente.

Pele e mucosas

12-09-2024 16:15

12-09-2024 16:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Sem horário]

12-09-2024 17:15

12-09-2024 17:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

12-09-2024 16:15

12-09-2024 16:15 - Glicemia capilar: 110 mg/dl.

12-09-2024 16:15 - Glicemia

12-09-2024 16:15 - Determinar evolução da glicemia

12-09-2024 16:15 - Avaliar evolução da glicemia [1/1h]

12-09-2024 16:15 - Referenciar hiperglicemia ao médico [SOS]

12-09-2024 17:15

12-09-2024 17:15 - Glicemia capilar: 180 mg/dl.

3.7. Síntese relativa ao caso

O EEEMC na área da PSC elabora, aplica e avalia planos de intervenção orientados para as necessidades específicas da pessoa com doença aguda, com o intuito de assegurar a detecção precoce, estabilização, manutenção e recuperação, em situações que requerem vigilância, monitorização e terapêutica avançadas (OE, 2018). Os planos de intervenção também contemplam a prevenção de complicações e eventos adversos (OE, 2018).

Perante o reconhecimento da reação anafilática, foi administrada terapêutica de primeira linha para os casos de anafilaxia — adrenalina intramuscular (Cardona, 2020; Resuscitation Council UK, 2021; Whyte et al., 2022), a que se coadjuvaram outras abordagens terapêuticas significativas para o tratamento da vítima. A infusão de fluidoterapia com solução polieletrólítica simples foi fundamental para corrigir alterações do equilíbrio hidroeletrólítico, e restaurar o volume circulante, sendo particularmente eficaz na prevenção e tratamento da hipotensão e na

prevenção do choque.

Pela presença de sibilos respiratórios, foi administrado salbutamol por via inalatória, o que promoveu a dilatação dos brônquios. Tratando-se de um caso com sintomatologia ligeira a moderada, optou-se pela utilização de inalador pressurizado. Perante a hipoxemia verificada, administrou-se inicialmente oxigénio em alta concentração, por máscara de Venturi, com posterior ajuste da concentração inspirada de oxigénio, para manter valores de SPO₂ entre 94% e 98%. A utilização da máscara de Venturi como método de oxigenoterapia, permitiu uma administração de oxigénio precisa e estável.

A administração de corticosteroides, nomeadamente hidrocortisona, contribuiu para a diminuição do edema das vias aéreas e do broncoespasmo. Embora o seu efeito imediato na fase aguda da anafilaxia não seja consensual (Dodd et al., 2021), no cliente em estudo, a sua administração mostrou-se benéfica como tratamento tardio da resposta inflamatória, contribuindo para a estabilidade clínica verificada nas 24 horas seguintes.

A monitorização contínua dos sinais vitais, nomeadamente a frequência respiratória, pulso, PA, oximetria e estado de consciência, foi indispensável para avaliar a eficácia das intervenções, e ajustar a abordagem terapêutica segundo a evolução clínica do cliente. Sendo a anafilaxia uma reação grave que pode comprometer a função respiratória, foi fundamental não só administração de oxigenoterapia e broncodilatadores, mas também, o posicionamento do cliente em semi-fowler para facilitar a ventilação.

A afetação do sistema cardiovascular, com vasodilatação e o aumento da permeabilidade capilar, está patente na hipotensão apresentada pelo cliente. A intervenção nessa área de domínio exigiu, além do posicionamento em decúbito dorsal, a reposição da volémia através da fluidoterapia. Foi, não só, vigiada a evolução nos parâmetros vitais, como também, mantida a vigilância da perfusão dos tecidos periféricos e da eliminação urinária, fatores indicadores de uma possível evolução para choque anafilático.

O domínio do metabolismo também exigiu vigilância, nomeadamente da glicémia capilar, uma vez que, a administração de glucocorticoides poder causar hiperglicemia (Struja et al., 2024), algo que não se verificou no caso em estudo. Quanto à pele e mucosas, o cliente apresentava edema palpebral, que regrediu progressivamente após a abordagem terapêutica. Não foi observada ou referida a presença de prurido.

Após 24 horas de vigilância no SUMC e face à estabilidade hemodinâmica apresentada, o cliente teve alta clínica, tendo sido devidamente informado pelo EEEMC sobre os sinais de alarme que justificam eventual recurso ao SU. Foi prescrito tratamento com terapêutica anti-histamínica e corticoterapia para os cinco dias seguintes. O cliente após esclarecimento de dúvidas foi considerado capacitado para gestão do regime terapêutico. Pedido posterior acompanhamento em consulta de imunoalergologia pelo clínico responsável..

Os resultados obtidos neste cliente resultaram de intervenções autónomas de enfermagem mas também de intervenções interdependentes. A abordagem à PSC demanda por parte do EEEMC o domínio de um conjunto de competências que se refletem também numa prática colaborativa e transdisciplinar.

4. ESTUDO DE CASO EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO

Indivíduo de 53 anos, caucasiano, que deu entrada na sala de emergência trazido pela VMER por anafilaxia.

4.1. Enquadramento teórico

Contextualização do caso clínico (história clínica)

Cliente encaminhado para a sala de emergência pela equipa da VMER. É transmitida história de sensação de parestesias na garganta, rouquidão, dispneia, após ingestão de carne “à vinha de alhos”.

Na abordagem pré-hospitalar reportada hipotensão, taquicardia, SpO₂ de 90% em ar ambiente, com rubor e edema da orofaringe. Foi administrada adrenalina 0,5mg IM com necessidade de repetição da dose por estridor. Foi ainda administrado clemastina 2mg e hidrocortisona 200mg.

Na admissão na sala de emergência, e seguindo a lógica da abordagem ABCDE:

A - Via aérea permeável, apresenta disfonia, com edema da orofaringe, sem rubor;

B - Ventilação espontânea, com simetria do tórax e expansão bilateral. SPO₂ - de 90%. Frequência respiratória de 18cpm. Inicia aporte de oxigénio a 4L/min, por máscara de Venturi. Com sibilância expiratória ligeira;

C - Monitorizado electrocardiograficamente com FC de 110-120bpm e PA de 160/90mmHg;

D - Consciente, orientado. ECG-15. (Abertura dos olhos — espontânea, Resposta verbal — Reposta orientada; Resposta motora — Obedece a ordens). Pupilas bilateralmente isocóricas e reativas. Glicémia capilar - 203 mg/dl;

E - Apresenta exantema cutâneo a nível do tronco e membros superiores, melhorado. Ligeiro rubor cutâneo generalizado e edema da face, em regressão segundo a equipa da VMER. Temperatura corporal de 36, 9º C.

Realizada colheita de sangue. Apresenta cateter venoso periférico, 18G, no dorso da mão direita, previamente introduzido pelo EEEMC da VMER. Relativamente aos antecedentes de

saúde, o cliente nega antecedentes de patológicos, alergias ou medicação habitual.

Durante o período de vigilância da PSC, verificou-se agravamento da função respiratória, pelo que se procedeu à indução rápida em sequência (Rapid Sequence Induction/Intubation – RSI), com administração em bólus de sedação, analgesia e bloqueador neuromuscular por cateteres venosos periféricos já existentes, para colocação de tubo endotraqueal e início de ventilação mecânica invasiva.

Foi de imediato transferido para o serviço de medicina intensiva para realização dos restantes procedimentos invasivos necessários à sua monitorização e estabilização.

Aspetos fisiopatológicos e opções de tratamento - Anafilaxia alimentar e choque anafilático

A anafilaxia, como já descrito, é uma reação alérgica generalizada, de rápida evolução e que afeta múltiplos sistemas do organismo, podendo ser fatal devido à rápida progressão para falência respiratória e morte (McLendon & Sternard, 2023).

A reação alérgica a alimentos é uma preocupação mundialmente significativa, afetando milhões de pessoas (Ur-Rahman et al., 2021). Cerca de 25% a 50% das reações alérgicas induzidas por alimentos em adultos resultam em anafilaxia, e evidências epidemiológicas indicam que os alimentos são a causa mais comum dessa condição (Bartra et al., 2023).

Durante essa reação anafilática a alimentos, ocorre a ativação de mastócitos e basófilos, que libertam histamina e outras substâncias químicas, desencadeando sintomas que podem comprometer diferentes sistemas do organismo (Bartra et al., 2023). À semelhança da reação a outros alérgenos, as alergias alimentares podem manifestar-se como dois tipos de reações: mediadas por IgE e não mediadas por IgE. As reações mediadas por IgE são mais frequentes e ocorrem tipicamente em minutos após a exposição ao alérgeno (Bartra et al., 2023). Nas reações mediadas por IgE, os anticorpos específicos ligam-se a células recetoras com alta afinidade pelos mastócitos presentes no sangue. Quando essa reação mediada por IgE acontece, a inflamação nos tecidos começa a se desenvolver, e há a ativação ou síntese de citocinas e leucotrienos (Ur-Rahman et al., 2021). O nível de ativação dos mastócitos dependentes de IgE está diretamente relacionado à quantidade de antígeno e à forma como o alérgeno é administrado. Devido à presença de anticorpos nos fluidos corporais, desencadeia-se um processo que faz com que esses anticorpos interajam com células efetoras da imunidade inata, provocando reações adversas (Ur-Rahman et al., 2021).

A gravidade das crises anafiláticas alimentares é imprevisível, mesmo em casos de exposição idêntica (tanto na dose quanto no alérgeno). Uma explicação comum para este fenómeno, é o impacto dos cofatores — fatores que podem contribuir para a diferentes níveis de gravidade da

reação, independentemente da exposição ao alérgeno (Bartra et al., 2023). Os cofatores podem reduzir o limiar de reação (a quantidade de alérgeno necessária para desencadear os sintomas) ou aumentar a gravidade da reação, quando o cofator está presente (Bartra et al., 2023). Este duplo papel, afeta de forma determinante as reações de cada pessoa. As variáveis que podem modular a gravidade de uma reação anafilática induzida por alimentos, podem estar relacionadas com a própria reação anafilática, com os comportamentos do hospedeiro, com a compensação do hospedeiro ou com outros fatores, intrínsecos ou extrínsecos (Bartra et al., 2023).

Os fatores relacionados à alergia descritos por Bartra et al. (2023) são a apresentação, por exemplo, matriz alimentar, dose, via de exposição; fatores específicos do alérgeno; níveis de IgE do hospedeiro e afinidade/avidez de ligação; respostas celulares do hospedeiro. Os fatores descritos pelo mesmo autor (Bartra et al., 2023) relativamente a comportamentos do hospedeiro são os riscos a que se submete, como exposição ao alérgeno, capacidade/disponibilidade de usar o auto-injetor de adrenalina e o acesso a serviços médicos de emergência; álcool; medicamentos/drogas; e exercício físico. Quanto à compensação do hospedeiro a reação anafilática poderá ser moldada pela sua capacidade imunológica; endócrina/hormonal; e vascular (Bartra et al., 2023). E por fim os fatores intrínsecos e extrínsecos enumerados por Bartra et al. (2023) são as infeções intercorrentes; a asma/hiper-reatividade brônquica; a doença cardiovascular; a ativação imunitária; o sexo/género, idade; e a absorção gastrointestinal.

Ao refletir sobre importância destes cofatores, torna-se ainda mais relevante a exploração da história clínica e dos antecedentes pessoais e de saúde do cliente, para potenciar uma gestão eficaz da crise anafilática. Segundo Anagnostou et al. (2022), verifica-se um aumento dos internamentos hospitalares motivados por anafilaxia induzida por alimentos, indicando um potencial aumento da gravidade dos casos, ou um melhor reconhecimento da doença. Embora as alergias alimentares sejam graves, são a causa menos comum de anafilaxia fatal, não existindo fatores de risco fiáveis para prever reações fatais, o que complica a gestão destes episódios (Anagnostou et al., 2022). Em consonância com autores anteriormente citados, Anagnostou et al. (2022), concluem que a administração imediata de adrenalina intramuscular é essencial no controlo da anafilaxia. No entanto, advertem para o excesso de dependência da adrenalina, uma vez que o choque ainda pode ocorrer apesar do tratamento atempado. É assim defendida uma abordagem abrangente que inclua uma rápida escalada dos cuidados, quando os sintomas não respondem às doses iniciais de adrenalina (Anagnostou et al., 2022).

Como já exposto, a anafilaxia é uma reação multissistémica aguda que, independentemente do alérgeno, pode manifestar-se por meio da dificuldade respiratória, edema das vias aéreas, hipotensão, erupções cutâneas e, em casos mais graves, evoluir para choque anafilático (Righi et al., 2024). O diagnóstico de choque deve ser ponderado perante a presença de sinais indicativos de compromisso macrovascular ou microvascular, com consequente inadequação na

oferta de oxigénio aos tecidos (Dantas, et al., 2021).

Uma das manifestações mais frequentes no choque anafilático é o desenvolvimento de edema tecidular e contração do músculo liso das vias aéreas, resultando em broncospasmo e sibilância — quadro particularmente comum nas reações anafiláticas induzidas por alimentos (Resuscitation Council UK, 2021). Simultaneamente, verifica-se extravasamento de fluidos para o espaço intersticial, o que contribui para a instalação de hipovolémia, e para a redução significativa do tónus venoso. Quando esta combinação de choque hipovolémico e distributivo atinge níveis graves, os mecanismos compensatórios podem revelar-se insuficientes, conduzindo a uma diminuição do retorno venoso ao coração e a um preenchimento ventricular inadequado (Resuscitation Council UK, 2021).

É também descrita a disfunção miocárdica associada à anafilaxia, a qual pode evoluir para choque cardiogénico. Nestes contextos, são frequentemente observadas alterações eletrocardiográficas, nomeadamente taquicardia supraventricular, alterações do segmento ST e da onda T, as quais poderão estar relacionadas com a libertação de mediadores inflamatórios e com a redução da perfusão coronária (Resuscitation Council UK, 2021).

O choque observado na anafilaxia pode resultar de uma vasodilatação sistémica, aumento da permeabilidade capilar com consequente extravasamento de fluidos do compartimento intravascular e, ainda, de depressão direta da contratilidade miocárdica (Resuscitation Council UK, 2021). Estas alterações hemodinâmicas induzem, de forma característica, uma resposta compensatória sob a forma de taquicardia. A bradicardia, por sua vez, tende a surgir numa fase mais tardia da evolução do quadro, antecedendo frequentemente a paragem cardiorrespiratória (Resuscitation Council UK, 2021). A anafilaxia pode igualmente provocar isquemia miocárdica e alterações eletrocardiográficas, mesmo em indivíduos sem patologia coronária identificável (Resuscitation Council UK, 2021).

Manter uma vigilância premente dos sinais de choque é absolutamente crucial. Esses sinais podem incluir, palidez cutânea, sudorese fria e taquicardia significativa, frequentemente acompanhados de hipotensão. Podem ainda se manifestar por tonturas, diminuição do nível de consciência ou perda súbita da consciência. Em alguns casos, podem surgir arritmias, que, se não tratadas atempadamente, podem evoluir para paragem cardiorrespiratória (Resuscitation Council UK, 2021). Torna-se assim evidente, não só, a importância de um tratamento farmacológico célere, mas também, da monitorização eletrocardiográfica rigorosa, acompanhada por uma vigilância atenta de sinais de alarme, para deteção precoce de alterações hemodinâmicas.

Como verificado anteriormente, nos casos de suspeita de choque recomenda-se posicionar a pessoa em decúbito dorsal ou com elevação dos membros inferiores, para aumentar o retorno venoso ao coração (DeTurk et al., 2019). A posição sentada é contraindicada, pois pode reduzir significativamente a pré-carga, favorecendo o desenvolvimento da síndrome do ventrículo vazio

e de atividade elétrica sem pulso (DeTurk et al., 2019).

Os mediadores alérgicos podem causar uma queda significativa no tônus venoso e extravasamento de fluidos, com depleção intravascular, motivo pelo qual, restaurar o volume circulante com fluidos intravenosos é crucial (DeTurk et al., 2019; Dodd et al., 2021). Em casos de choque anafilático grave, pode ser necessário administrar um volume elevado, podendo chegar a 3-5 litros na população adulta (Resuscitation Council UK, 2021).

Nas reações anafiláticas graves, com evolução para choque, com parca responsividade à administração de adrenalina, por vezes é necessário o recurso à infusão contínua de adrenalina associada a terapêutica volémica para garantir a sua eficácia a nível tecidual (Resuscitation Council UK, 2021). Nos casos que a infusão contínua é insuficiente, especialmente no choque cardiovascular estabelecido, pode se considerar o uso de outros vasopressores, recomendando-se a utilização dos protocolos locais para o tratamento do choque refratário, incluindo a escolha entre noradrenalina, metaraminol e/ou vasopressina (Resuscitation Council UK, 2021). Este tratamento deverá já ser realizado numa unidade de cuidados intensivos (DGS, 2014).

Durante a progressão do estado clínico, e de acordo com a Norma 014/2012 da DGS (2014), se em qualquer momento ocorrer dificuldade respiratória/insuficiência respiratória refratária ou edema da glote, deve-se proceder de imediato à entubação orotraqueal ou nasotraqueal, tal como se se verificar paragem cardiorrespiratória deverá ser de imediato iniciado SAV.

No caso abordado, a observação do estado clínico do cliente por parte do EEEMC presente, em associação com a evidência dos sinais vitais, permitiu uma rápida atuação da equipa multidisciplinar. Foi assim sedado, colocado tudo endotraqueal, ventilado e encaminhado para a unidade de cuidados intensivos.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 53 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-12 02:15:00	Salbutamol 400mcg inalatório	
2025-01-12 02:15:00	Brometo de Ipatrópio 80mcg inalatório	
2025-01-12 02:15:00	Budesonida 400mcg inalatória	
2025-01-12 02:15:00	Metilprednisolona 80mg IV	2025-01-12 03:45:00
2025-01-12 02:15:00	Sulfato de Magnésio 2000mg IV	
2025-01-12 02:15:00	Oxigénio 4L/min	2025-01-12 03:45:00
2025-01-12 02:15:00	Cloreto de Sódio 0,9% 1000ml IV	
2025-01-12 03:45:00	Metilprednisolona 40mg IV	
2025-01-12 03:45:00	Paracetamol 1g IV SOS	
2025-01-12 03:45:00	Brometo de Rocurónio 50mg IV	
2025-01-12 03:45:00	Propofol 1% 50mg IV	
2025-01-12 03:45:00	Fentanil 0.15mg IV	
2025-01-12 03:45:00	Oxigénio 100%	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Uma vez que ambos os estudos de caso realizados reportam-se a reações anafiláticas, alguns dos fármacos utilizados repetem-se, pelo que, neste capítulo, opta-se por analisar e desenvolver apenas os fármacos que diferem do primeiro estudo de caso. O Salbutamol e o Oxigénio já foram previamente discutidos e a sua ação é compatível com o estudo de caso em questão, a seguir, serão apresentados os medicamentos que não foram mencionados previamente.

Fluidoterapia

Cloreto de Sódio 0,9%

O soro fisiológico é um elemento crítico na estabilização da pessoa durante a reação anafilática, ajudando a restaurar o volume de sangue e a melhorar a circulação, o que é vital quando a administração de adrenalina isoladamente é insuficiente (Pflipsen & Vega Colon, 2020).

O cloreto de sódio a 0,9% trata-se de uma solução isotónica relativamente ao líquido extracelular. Quando administrado por via IV, reduz a pressão oncótica das proteínas, promovendo a passagem de líquido para o espaço intersticial. Como resultado, ocorre um aumento do volume total do líquido extracelular, incluindo o plasma (Infarmed, 2024a). As doses recomendadas para utentes em anafilaxia, são de 1000ml a 2000ml de solução salina isotónica a 0,9% a uma taxa de 5 a 10 ml por kg para adultos (Pflipsen & Vega Colon, 2020).

A reposição de fluidos é particularmente importante quando há sinais de comprometimento hemodinâmico, a este facto acresce o facto de a adrenalina poder não ser eficaz sem volume circulatório adequado (Dodd et al., 2021). Além disso, a fluidoterapia é um dos tratamentos coadjuvantes, que contribuiu para a minimização de episódios de anafilaxia refratária. No cliente em estudo, a reposição de fluidos intravenosos, foi essencial para contrariar a diminuição

do retorno venoso, repondo o volume circulante, e prevenindo a evolução para o choque.

Neste caso o cliente quando foi recebido na sala de emergência do SUMC já não apresentava hipotensão. Manteve-se o alerta neste foco pela possibilidade de reação bifásica da anafilaxia. Por manter TA até ligeiramente elevada na primeira sessão, o débito foi bastante controlado, no sentido também de manter acesso permeável para qualquer intercorrência

Importa ter em atenção, que a administração inadequada ou excessiva de solução salina isotónica pode levar à sobrecarga cardíaca, resultando em edema pulmonar agudo e formação de edemas (Infarmed, 2024a), ou à hipercalemia (*Resuscitation Council UK*, 2021). Por outro lado, o aumento excessivo de ião cloreto pode causar acidose metabólica (Infarmed, 2024a). Neste sentido, a monitorização contínua da resposta do cliente à administração de fluidos, através da monitorização de sinais vitais e colheita de sangue para análise, é essencial, podendo ser necessários ajustes com base no estado clínico e na resposta ao tratamento (Dodd et al., 2021).

Corticosteróides

Metilprednisolona

A metilprednisolona é um glucocorticoide que apresenta uma potência de atividade glicocorticoide 5 vezes superior à hidrocortisona, tendo uma atividade mineralocorticóide considerada pouco relevante (Infarmed, 2018). Como terapêutica adjuvante de diferentes condições clínicas, a dose inicial a administrar pode variar entre 10 e 500 mg por via intravenosa, dependendo da condição clínica específica a ser tratada. Em situações agudas graves, podem ser necessárias doses mais elevadas para um tratamento eficaz a curto prazo (Infarmed, 2024b).

A administração de metilprednisolona pode ajudar a diminuir a duração ou prevenir a ocorrência de uma resposta bifásica na anafilaxia (McLendon & Sternard, 2023). Embora haja pouca evidência científica que sustente o seu uso específico em crises anafiláticas, a sua eficácia tem sido demonstrada no tratamento de sintomas reativos da via aérea (McLendon & Sternard, 2023). Assim, a utilização, dosagens e mecanismo de ação propostos são semelhantes aos protocolos de gestão das vias aéreas.

Durante a fase aguda da anafilaxia, a dose a administrar de metilprednisolona é de 80 a 125 mg IV (McLendon & Sternard, 2023). Após a resolução da fase aguda, é recomendado o tratamento oral com prednisolona (40 a 60 mg de dose diária ou dividida 2-3vezes/dia) durante 3 a 5 dias. Além disso, pode ser considerada uma redução gradual do corticoide até 2 semanas, caso não haja certeza da causa da reação anafilática (McLendon & Sternard, 2023). A vítima em estudo, apresentava além do edema da orofaringe, sibilos respiratórios, associado a disфонia, pelo que a administração de metilpredisonolona, teve um efeito anti-inflamório a médio prazo, melhorando

os sintomas reativos da via aérea, enquanto preveniu a crise anafilática bifásica.

Foi com este intuito que o cliente manteve a prescrição de metilprednisolona, de forma a prevenir a resposta bifásica da anafilaxia, reduzindo a dose de 80 mg na primeira sessão, para 40 mg na segunda.

Budesonida

A administração precoce de corticosteroides por via inalatória permite um controlo rápido de sintomas e previne a deterioração da função pulmonar, sendo medicamentos eficazes no tratamento da asma devido à sua ação anti-inflamatória na mucosa brônquica (Infarmed, 2018).

A budesonida é um potente agente anti-inflamatório, que atua ligando-se aos recetores de glucocorticoides no citoplasma das células efectoras, como as brônquicas. Essa ligação forma um complexo budesonida-glucocorticoides que se transfere para o núcleo celular, onde modula a expressão génica (Kalola & Ambati, 2023). Especificamente, este complexo inibe a transcrição de genes pró-inflamatórios, reduzindo a produção de mediadores inflamatórios que podem causar broncoconstrição (Kalola & Ambati, 2023).

Além disso, a budesonida aumenta a expressão de genes anti-inflamatórios, promove a apoptose dos eosinófilos e suprime a ativação de outras células inflamatórias, incluindo mastócitos, neutrófilos, linfócitos T, macrófagos e células dendríticas (Kalola & Ambati, 2023). Essa ação global resulta na diminuição da inflamação e hiper-reatividade das vias aéreas, contribuindo para a prevenção de sintomas como broncospasmo, pieira, edema e tosse (Infarmed, 2018; Kalola & Ambati, 2023).

A budesonida ao ser administrada por via inalatória, não mantém níveis fisiológicos sistémicos de glicocorticoides, nem apresenta atividade mineralocorticoide suficiente para situações de “stress” fisiológico intenso, nem para o tratamento agudo da dispneia (Kalola & Ambati, 2023). Dado não existir um efeito broncodilatador direto, a resposta à corticoterapia por via inalatória requer um mínimo de 6 horas até que se atinja o objetivo terapêutico. Contudo, ao nível da circulação periférica, a eosinopenia é significativa ao fim de 2 horas, o que pode contribuir para efeitos na função pulmonar e ação terapêutica, dentro das 4 horas seguintes ao uso de corticosteroides (Infarmed, 2018). No presente estudo de caso, o seu uso pode ser enquadrado como terapêutica coadjuvante, de terceira linha, após administração da adrenalina IM (primeira linha) e do corticoide intravenoso (segunda linha), beneficiando o cliente da sua ação, nas horas seguintes à administração, contribuindo, tal como a metilpredisonolona, para minimizar o risco de anafilaxia bifásica.

Broncodilatadores

Brometo de Ipatrópio

O Brometo de Ipatrópio à semelhança do salbutamol é um broncodilatador, porém com um

mecanismo de ação distinto, enquadrando-se nos antagonistas colinérgicos. A sua utilização inibe os efeitos broncoconstritores da estimulação colinérgica, ao bloquear os recetores muscarínicos, reduzindo o tónus vagal e promovendo a dilatação das vias aéreas de grande e pequeno calibre (Infarmed, 2018).

A ação broncodilatadora resulta do antagonismo competitivo nos recetores muscarínicos, impedindo a contração da musculatura lisa brônquica. No entanto, o efeito broncodilatador do brometo de ipratrópio é inferior ao dos agonistas simpaticomiméticos, sendo utilizado com frequência em combinação com outros broncodilatadores, como, por exemplo, o salbutamol. Têm um início de ação lento (1,5 a 2 horas), sendo a sua duração de ação entre 4 e 6 horas (Infarmed, 2018).

Tal como referido anteriormente, relativamente à utilização de salbutamol, os broncodilatadores devem ser utilizados como tratamento coadjuvante (Dodd et al., 2021), tendo eficácia limitada em emergências. A administração combinada de salbutamol e o brometo de ipratrópio é vantajosa na otimização do alívio de sintomas a médio prazo, minimizando o reaparecimento de sintomas respiratório (Dodd et al., 2021). Na vítima em estudo privilegiou-se esta mesma associação de broncodilatadores, havendo uma resposta parcial na sintomatologia respiratória do cliente, já que manifestava alguns sinais respiratórios na admissão (parestésias na garganta, rouquidão, dispneia).

Corretores de alterações hidroeletrólíticas

Sulfato de Magnésio

Nas crises anafiláticas, um dos sintomas de evolução da gravidade do episódio, é a presença de broncoespasmo. O seu diagnóstico é realizado pela presença de sibilos característicos (geralmente mais evidentes durante a expiração), e está associado a taquipneia e dispneia em clientes conscientes (Colmenares & Pozo, 2019). A gravidade do quadro de broncoespasmo deve ser determinada por uma avaliação objetiva da obstrução das vias aéreas, tanto através do exame físico, como pela monitorização da saturação periférica de oxigénio (Colmenares & Pozo, 2019).

O sulfato de magnésio é um medicamento utilizado no tratamento e prevenção de diversas condições clínicas (Hicks & Tyagi, 2023), sendo amplamente utilizado no tratamento do broncoespasmo (Colmenares & Pozo, 2019). O magnésio intracelular é essencial para a transmissão neuroquímica e para as contrações musculares, atuando indiretamente na junção neuromuscular. Os iões de magnésio competem nos canais de cálcio, influenciando a captação e libertação de cálcio (Hicks & Tyagi, 2023). Deste modo, o magnésio atua como um antagonista fisiológico natural do cálcio, regulando a sua entrada nas células do músculo liso das vias aéreas, resultando em relaxamento da musculatura brônquica (Colmenares & Pozo, 2019). Concomitantemente, o magnésio exerce um efeito de relaxamento muscular, ao inibir a

liberação de acetilcolina na junção neuromuscular, diminuindo a sensibilidade da placa motora e reduzindo a contração do músculo liso brônquico (Colmenares & Pozo, 2019). Assume também um papel preponderante ao estabilizar as células T e inibe a desgranulação dos mastócitos, levando à redução na liberação de histamina e outros mediadores inflamatórios, contribuindo para a diminuição da inflamação das vias aéreas favorecendo a broncodilatação (Colmenares & Pozo, 2019).

O sulfato de magnésio pode, assim, ser um importante aliado na resolução de reações anafiláticas, ao contrair o broncospasmo, nomeadamente quando o cliente não responde totalmente à terapêutica inicial como a adrenalina (administrada segunda dose no pré-hospitalar), os corticoides, os broncodilatores, e o oxigénio suplementar, tal como sucedeu no caso em estudo. Nestas situações o sulfato de magnésio é uma opção farmacológica rápida e eficaz para o tratamento do broncoespasmo (Colmenares & Pozo, 2019), facto este que se verificou na vítima em análise, em que após a administração dos vários fármacos coadjuvantes, observou-se uma melhoria significativa da sintomatologia respiratória, com redução do edema da orofaringe, e dos sibilos.

Opióide

Fentanil

O fentanil é um opioide sintético com elevada potência analgésica, sendo aproximadamente 50 a 100 vezes mais potente do que a morfina (Walls, Hockberger & Gausche-Hill, 2018). Atua como agonista seletivo dos recetores μ -opioides e apresenta início de ação rápido, com uma duração de efeito relativamente curta, características que o tornam especialmente útil em procedimentos clínicos de curta duração, mas de elevada intensidade nociceptiva, como é o caso da intubação endotraqueal. Em contextos de emergência, cuidados intensivos ou anestesia, o fentanil é frequentemente utilizado como parte da sequência rápida de intubação (RSI – Rapid Sequence Intubation), com o objetivo de garantir analgesia eficaz, promover conforto e minimizar as respostas autonómicas associadas à laringoscopia e à introdução do tubo endotraqueal (Weingart & Levitan, 2012).

A sua administração durante a RSI tem como principal objetivo atenuar a resposta simpática desencadeada pela estimulação das vias aéreas superiores, a qual pode resultar em taquicardia, hipertensão, aumento da pressão intracraniana ou da pressão intraocular, eventos que podem comprometer a estabilidade clínica da PSC (Buckley & McManus, 2020). Nestes contextos, o fentanil pode ser administrado em bolus intravenoso, habitualmente numa dose entre 1 a 3 $\mu\text{g/kg}$, cerca de dois a três minutos antes da indução anestésica, promovendo uma analgesia profunda e facilitando a sedação e o bloqueio neuromuscular subsequentes (Brown et al., 2015).

Além dos seus benefícios farmacodinâmicos, o uso de fentanil permite reduzir as doses necessárias de outros agentes sedativos ou hipnóticos, como o propofol, etomidato ou

midazolam, diminuindo assim o risco de hipotensão severa associada à indução anestésica. Contudo, o fármaco não está isento de riscos: em doentes hipovolêmicos, com reserva ventilatória reduzida ou com instabilidade hemodinâmica marcada, a sua administração requer vigilância apertada, dado o potencial para efeitos adversos como bradicardia, hipotensão ou rigidez torácica (Weingart & Levitan, 2012; Buckley & McManus, 2020).

Estudos observacionais e orientações clínicas apoiam o uso racional e seguro deste fármaco como parte integrante de uma abordagem estruturada à intubação de emergência, promovendo melhores resultados clínicos e estabilidade cardiovascular na PSC (Brown et al., 2015; Walls et al., 2018). Assim, o fentanil revela-se um recurso farmacológico valioso no arsenal terapêutico do enfermeiro ou médico responsável pela gestão avançada da via aérea, sobretudo quando a rapidez e a eficácia da intervenção são determinantes para a sobrevivência e prognóstico da PSC.

Agente hipnótico

Propofol

O propofol é um agente hipnótico intravenoso de ação ultracurta, amplamente utilizado na prática anestésica e nos cuidados críticos, especialmente em procedimentos como a intubação endotraqueal. Caracteriza-se por um início de ação muito rápido (30 a 60 segundos) e uma duração de efeito curta (5 a 10 minutos), o que permite um controlo preciso da sedação (Devlin et al., 2018). O seu mecanismo de ação baseia-se na potenciação do neurotransmissor GABA ao nível do sistema nervoso central, provocando sedação profunda, amnésia e perda de consciência.

Em situações de emergência e cuidados intensivos, o propofol é frequentemente incluído na sequência rápida de intubação (RSI) como agente de indução hipnótica, permitindo uma perda rápida da consciência, o que facilita a laringoscopia e a passagem do tubo endotraqueal. A sua utilização é particularmente vantajosa em contextos que exigem uma indução suave e previsível, como em clientes com trauma cranioencefálico, aumento da pressão intracraniana ou em estados de agitação psicomotora (Russotto et al., 2021).

Contudo, o propofol não está isento de riscos. Um dos principais efeitos adversos é a hipotensão significativa, resultante da vasodilatação periférica e depressão miocárdica, podendo ser acentuada em clientes hipovolêmicos, sépticos ou com disfunção cardiovascular (Sakles et al., 2016). Assim, a sua administração deve ser criteriosa e individualizada, com doses ajustadas ao estado hemodinâmico do cliente. Em adultos, a dose habitual situa-se entre 1 e 2 mg/kg por via intravenosa, podendo ser reduzida em clientes instáveis (Weingart & Levitan, 2012).

Além disso, o propofol tem sido reconhecido como um agente que reduz a pressão intracraniana, o que o torna uma escolha útil em clientes com lesões neurológicas. No entanto, em clientes instáveis, outras opções como o etomidato ou a cetamina podem ser preferidas

devido ao seu perfil hemodinâmico mais neutro (Brown et al., 2015).

Conclui-se então que o propofol constitui uma ferramenta farmacológica eficaz na gestão da via aérea, permitindo uma sedação profunda e rápida. No entanto, a sua utilização em contextos críticos requer um equilíbrio entre os benefícios sedativos e os potenciais efeitos hemodinâmicos adversos, devendo ser sempre acompanhado de monitorização rigorosa e de uma avaliação contínua do risco-benefício.

Bloqueio neuromuscular

Rocurónio

O rocurónio é um bloqueador neuromuscular não despolarizante, pertencente à classe dos aminósteróides, amplamente utilizado em procedimentos que requerem paralisia muscular, como a intubação endotraqueal em sequência rápida (RSI – Rapid Sequence Intubation). Atua por competição com a acetilcolina nos recetores nicotínicos da junção neuromuscular, impedindo a despolarização da membrana e, consequentemente, provocando bloqueio neuromuscular (Bissinger et al., 2020).

O rocurónio destaca-se pelo seu início de ação rápido – geralmente entre 45 e 90 segundos –, tornando-se uma alternativa eficaz ao suxametónio, especialmente quando este último está contraindicado (como em situações de hiperpotassemia, risco de hipertermia maligna ou queimaduras extensas) (Tran et al., 2017). A dose habitualmente recomendada para indução rápida situa-se entre 0,9 a 1,2 mg/kg, o que assegura condições ideais para laringoscopia em menos de um minuto (Kovac, 2006).

Este fármaco é particularmente vantajoso pela sua estabilidade hemodinâmica, com impacto mínimo na pressão arterial e frequência cardíaca, o que o torna apropriado para utilização em clientes instáveis. Contudo, a duração de ação do rocurónio é mais prolongada do que a do suxametónio, com efeitos que podem persistir por 30 a 60 minutos, o que pode ser uma limitação em contextos em que a reversibilidade imediata do bloqueio neuromuscular é desejável (Naguib et al., 2018). Felizmente, a introdução de sugamadex, um agente de reversão específico para os bloqueadores aminósteróides, permitiu contornar esta limitação, possibilitando a reversão rápida e segura do bloqueio induzido pelo rocurónio.

A sua utilização no âmbito da RSI exige monitorização neuromuscular sempre que possível, assim como uma avaliação clínica contínua da eficácia da paralisia e da recuperação muscular. Quando usado em combinação com agentes hipnóticos e opioides, como o propofol e o fentanil, o rocurónio contribui para um controlo eficaz da via aérea, promovendo segurança e eficácia na intubação da PSC (Russotto et al., 2021).

O rocurónio representa um bloqueador neuromuscular seguro, eficaz e de ação previsível, especialmente útil em cenários onde a intubação rápida é essencial. A sua aplicabilidade em

contextos críticos é reforçada pela possibilidade de reversão farmacológica rápida e pelo seu perfil de efeitos secundários favorável, consolidando o seu papel na prática clínica atual.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

12-01-2025 02:15

12-01-2025 02:15 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Débito de oxigénio: 4.00 L/min.

12-01-2025 03:45 - Débito de oxigénio: 0.50 L/min.

12-01-2025 02:15 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Manter oxigenoterapia [Sem horário] [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Repouso no leito

12-01-2025 03:45 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais

12-01-2025 02:15 - Promover adesão: repouso no leito [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador.

12-01-2025 03:45 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador [MANTEVE].

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da adesão ao repouso no leito [Sem horário] [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Regime de nada pela boca

12-01-2025 02:15 - Promover adesão: regime de nada pela boca [FIM]

12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador.

12-01-2025 03:45 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador [MANTEVE].

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca [Sem horário] [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45 - Ventilação invasiva

12-01-2025 03:45 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

12-01-2025 03:45 - Ventilação invasiva - FiO2: 100 %.

12-01-2025 03:45 - Ventilação invasiva - volume corrente: 530 ml.

12-01-2025 03:45 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 14 cr/min.

12-01-2025 03:45 - Ventilação invasiva - PEEP: 6 cm H2O.

12-01-2025 03:45 - Prevenir complicações da ventilação invasiva

12-01-2025 03:45 - Posicionar para prevenir a aspiração [Continuo]

Sondas, Drenos e Cateteres

12-01-2025 02:15

12-01-2025 02:15 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Características do dispositivo: Máscara de Venturi.

12-01-2025 03:45 - Características do dispositivo: Óculos nasais.

12-01-2025 02:15 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - *Otimizar sonda de oxigénio [Sem horário] [FIM]* 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Promover adesão: medidas de otimização da sonda de oxigénio [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora.

12-01-2025 03:45 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora [MANTEVE].

12-01-2025 02:15 - *Avaliar evolução da adesão a medidas de otimização da sonda de oxigénio [Sem horário] [FIM]* 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Cateter venoso periférico

12-01-2025 03:45 - Localização do cateter venoso periférico

12-01-2025 03:45 - Mão Direita(o)

12-01-2025 03:45 - Características do dispositivo: 18G.

12-01-2025 03:45 - Ausência de dor.

12-01-2025 03:45 - Ausência de calor.

12-01-2025 03:45 - Ausência de rubor.

12-01-2025 03:45 - Ausência de tumefação.

12-01-2025 03:45 - Ausência de exsudado.

12-01-2025 03:45 - Ausência de infiltração.

12-01-2025 02:15 - Localização do cateter venoso periférico

12-01-2025 02:15 - Mão Direita(o)

12-01-2025 02:15 - Características do dispositivo: Ch18.

12-01-2025 02:15 - Ausência de dor.

12-01-2025 02:15 - Ausência de calor.

12-01-2025 02:15 - Ausência de rubor.

12-01-2025 02:15 - Ausência de tumefação.

12-01-2025 02:15 - Ausência de exsudado.

12-01-2025 02:15 - Ausência de infiltração.

12-01-2025 03:45 - Antebraço Direita(o)

12-01-2025 03:45 - Características do dispositivo: 18G.

12-01-2025 03:45 - Ausência de dor.

12-01-2025 03:45 - Ausência de calor.

12-01-2025 03:45 - Ausência de rubor.

12-01-2025 03:45 - Ausência de tumefação.

12-01-2025 03:45 - Ausência de exsudado.

12-01-2025 03:45 - Ausência de infiltração.

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução da administração pelo cateter

12-01-2025 02:15 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso*

periférico [Sem horário]

12-01-2025 02:15 - Assegurar funcionamento do cateter

12-01-2025 02:15 - Otimizar cateter venoso periférico [Sem horário]

12-01-2025 02:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Sem horário]

12-01-2025 02:15 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

12-01-2025 02:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

12-01-2025 02:15 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

12-01-2025 02:15 - Trocar cateter venoso periférico [96/96h e SOS]

12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45 - Tubo endotraqueal

12-01-2025 03:45 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

12-01-2025 03:45 - Cavidade oral: 21.00 cm.

12-01-2025 03:45 - Presença de cuff

12-01-2025 03:45 - Traqueia: Com cuff.

12-01-2025 03:45 - Pressão do cuff: 30 cmH2O.

12-01-2025 03:45 - Características do dispositivo: 8.0mm.

12-01-2025 03:45 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal

12-01-2025 03:45 - Otimizar tubo endotraqueal [8/8h]

12-01-2025 03:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal

12-01-2025 03:45 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [8/8h e SOS]

12-01-2025 03:45 - Avaliar evolução da pressão do cuff [8/8h e SOS]

12-01-2025 03:45 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal

12-01-2025 03:45 - Manter cuff insuflado [Contínuo]

12-01-2025 03:45 - Gerir a pressão do cuff [8/8h]

12-01-2025 03:45 - Sonda gástrica

12-01-2025 03:45 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

12-01-2025 03:45 - Nível de inserção da sonda gástrica

12-01-2025 03:45 - Nariz Direita(o): 50.00 cm.

12-01-2025 03:45 - Substância drenada pela sonda gástrica: alimentar.

12-01-2025 03:45 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 150 ml.

12-01-2025 03:45 - Características do dispositivo: Ch16.

12-01-2025 03:45 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

12-01-2025 03:45 - Avaliar evolução da drenagem pela sonda gástrica

12-01-2025 03:45 - Assegurar funcionamento da sonda

12-01-2025 03:45 - Otimizar sonda gástrica

12-01-2025 03:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica

12-01-2025 03:45 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica

12-01-2025 03:45 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

12-01-2025 03:45 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

A fundamentação teórica dos aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica identificados no presente estudo, são idênticos ao do caso clínico anterior, nomeadamente: oxigenoterapia por máscara de Venturi, cateter venoso periférico, repouso no leito e regime de nada pela boca. Por este motivo não será repetida a argumentação.

A colocação da sonda gastrointestinal em clientes submetidos a ventilação mecânica invasiva constitui uma intervenção fundamental na gestão do conteúdo gástrico e na prevenção de complicações como a distensão abdominal, aspiração e refluxo. Em contexto de cuidados críticos, a sonda gastrointestinal permite a descompressão gástrica eficaz, minimizando o risco de aspiração pulmonar, especialmente em clientes sob sedação profunda e com diminuição do tónus esofágico (Sigmon & An, 2022). A presença da sonda gastrointestinal contribui também para uma avaliação contínua do estado gastrointestinal, possibilitando a remoção de secreções, a monitorização de perdas digestivas e o suporte à nutrição entérica, quando clinicamente indicado. Em ventilados, esta prática reveste-se de particular importância, dado o risco acrescido de complicações respiratórias associadas ao acúmulo gástrico (Sigmon & An, 2022).

Contudo, a correta colocação e verificação da posição da sonda gastrointestinal são determinantes para a segurança do procedimento. Estudos recentes reforçam a necessidade de aplicar métodos precisos de medição e validação da localização da ponta da sonda, como a auscultação gástrica, o teste do pH e, preferencialmente, a radiografia toracoabdominal (Boeykens et al., 2023). A falha na posição adequada pode levar a complicações graves, como lesões esofágicas ou inserção inadvertida em vias aéreas. Para além da drenagem, a literatura mais recente destaca um alargamento das indicações terapêuticas da sonda gastrointestinal, incluindo a administração de fármacos e lavagem gástrica em situações de intoxicação, o que reforça a necessidade de competências especializadas para a sua manipulação (Vadivelu et al., 2023). Assim, a utilização da sonda gastrointestinal no cliente ventilado deve integrar-se numa abordagem multidisciplinar, orientada por protocolos baseados na evidência e centrada na segurança do cliente.

A colocação do tubo endotraqueal é um procedimento crítico amplamente utilizado em

contextos de emergência e cuidados intensivos, com o objetivo de assegurar uma via aérea permeável, garantir ventilação mecânica eficaz e prevenir a aspiração de conteúdo gástrico (Hickey et al., 2024). A intubação endotraqueal deve ser realizada por profissionais qualificados, utilizando técnicas padronizadas para reduzir o risco de complicações, como lesões traqueais, posicionamento incorreto ou hipóxia. Nos últimos anos, a literatura tem enfatizado a importância da pré-oxigenação adequada, da escolha apropriada do tamanho do tubo e da utilização de agentes sedativos e bloqueadores neuromusculares para facilitar a inserção, especialmente em clientes críticos (Hickey et al., 2024). Além disso, a utilização de videolaringoscopia tem demonstrado melhorar a visualização glótica e reduzir o número de tentativas de intubação, promovendo maior segurança no procedimento (Potchileev et al., 2023).

Após a introdução do tubo endotraqueal, é essencial verificar a sua correta posição para evitar complicações como intubação esofágica ou ventilação de um único pulmão. A confirmação da localização deve ser feita por métodos complementares, como auscultação pulmonar bilateral, capnografia e, preferencialmente, radiografia torácica (Walter et al., 2018). Estudos recentes reforçam que uma colocação incorreta pode aumentar o risco de barotrauma, hipóxia e pneumonia associada à ventilação mecânica (Khan et al., 2022). A monitorização contínua da pressão do balão de insuflação também é crucial para evitar lesões na mucosa traqueal e minimizar o risco de aspiração (Khan et al., 2022). Assim, a intubação endotraqueal, embora rotineira, exige uma abordagem protocolada e baseada em evidência científica atualizada, assegurando intervenções seguras e eficazes no suporte respiratório de clientes em estado crítico.

O cliente enquanto consciente, esteve sempre colaborante na realização de todos os procedimentos, mas demonstrando alguma ansiedade, normal perante esta situação que lhe era totalmente desconhecida. Foram-lhe explicados todos os procedimentos realizados, o seu enquadramento clínico e os resultados expectáveis do tratamento.

A continuidade de cuidados na unidade de cuidados intensivos envolveu certamente a inserção de cateter central, inserção de cateter arterial e inserção de cateter urinário, de entre outros procedimentos possíveis para manter o suporte vital do cliente.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
12-01-2025 02:15	Consciência	
12-01-2025 02:15	Sistema respiratório	
12-01-2025 02:15	Sistema cardiovascular	
12-01-2025 02:15	Atitudes terapêuticas	

Início	Domínios	Fim
12-01-2025 02:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
12-01-2025 02:15	Eliminação urinária	
12-01-2025 02:15	Pele e mucosas	
12-01-2025 02:15	Metabolismo	
12-01-2025 02:15	Sensações somáticas	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

À semelhança do estudo de caso anterior, o sistema cardiovascular, bem como, os domínios da eliminação urinária, do metabolismo, da pele e mucosas e das sensações somáticas, assumem um papel determinante na conceção de cuidado do cliente em estudo.

No entanto, com o agravamento da condição clínica do utente, é importante salientar as alterações verificadas no domínio da consciência e do sistema respiratório.

A profundidade da sedação em clientes submetidos a ventilação mecânica invasiva está diretamente ligada ao risco de alteração da consciência, nomeadamente ao coma iatrogénico e delirium (Casault, 2021). Estudos recentes demonstram que níveis profundos de sedação durante as primeiras 48 h no internamento em unidades de cuidados intensivos estão associados a uma maior incidência de delirium, prolongamento do tempo de ventilação mecânica e aumento da morbilidade e mortalidade hospitalar (Shehabi et al., 2018).

No sistema respiratório a colocação do tubo endotraqueal e a ventilação mecânica invasiva também têm grande impacto na condição do cliente.

A ventilação mecânica invasiva constitui um suporte vital para pacientes com insuficiência respiratória grave, permitindo a manutenção das trocas gasosas e o suporte ventilatório em situações críticas (Hickey et al., 2024). Este método utiliza dispositivos que garantem o controlo das vias aéreas, facilitando a oxigenação e a remoção do dióxido de carbono, especialmente em clientes com falência respiratória aguda.

O suporte ventilatório pode ser realizado por diferentes modos, sendo os mais utilizados o volume controlado e a pressão controlada. Estudos recentes indicam que a troca do modo volume controlado para pressão controlada pode promover uma significativa redução do desconforto respiratório e da assincronia cliente-ventilador, melhorando a adaptação do cliente ao ventilador mecânico e, conseqüentemente, os resultados clínicos (Saghaei et al., 2023). Esta abordagem tem particular relevância na otimização desta interação, fator crítico para a eficácia do suporte ventilatório e para a prevenção de complicações associadas à ventilação.

A ventilação com pressão positiva é o princípio fundamental que sustenta a ventilação mecânica invasiva, ao aumentar a pressão intratorácica para promover a entrada de ar nos pulmões,

prevenindo o colapso alveolar e reduzindo o trabalho respiratório (Potchileev et al., 2023). A utilização de estratégias adequadas de pressão positiva, como a pressão positiva no final da expiração (PEEP), é essencial para manter a estabilidade alveolar e otimizar a oxigenação.

Contudo, apesar dos benefícios evidentes, a ventilação mecânica invasiva pode estar associada a riscos significativos, incluindo o barotrauma, volutrauma e lesão pulmonar induzida pelo ventilador. Por isso, é imprescindível a monitorização constante dos parâmetros ventilatórios, com ajustes individualizados que visem a redução destes riscos e a promoção da segurança do cliente (Walter et al., 2018). A personalização do suporte ventilatório, aliada a uma monitorização rigorosa, é determinante para o sucesso do tratamento.

A ventilação mecânica invasiva, apesar de ser uma intervenção essencial no suporte respiratório da PSC, está associada a várias complicações que podem comprometer a recuperação e o prognóstico destes clientes (Khan et al., 2022). Entre as complicações mais frequentes encontram-se o barotrauma e o volutrauma, que resultam da pressão ou volume excessivo aplicado aos pulmões, podendo provocar lesões pulmonares graves, incluindo pneumotórax e edema pulmonar (Khan et al., 2022). Além disso, o uso prolongado do ventilador aumenta o risco de infeções respiratórias nosocomiais, como a pneumonia associada à ventilação mecânica, que constitui uma causa significativa de morbilidade e mortalidade em unidades de cuidados intensivos.

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2022e) recomenda um conjunto estruturado de intervenções, conhecido como feixe de prevenção, para reduzir a incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de cuidados intensivos. Este feixe inclui medidas fundamentais como a elevação da cabeceira do leito entre 30 a 45 graus para minimizar o risco de aspiração, a higiene rigorosa das mãos por parte dos profissionais de saúde, e a aspiração subglótica contínua para eliminar secreções acumuladas acima do tubo endotraqueal (DGS, 2022e). Adicionalmente, destaca-se a importância da revisão diária da necessidade de manutenção da ventilação invasiva para promover a sua interrupção atempada, bem como a utilização criteriosa de antibióticos para evitar resistência bacteriana. A implementação consistente destas práticas contribui significativamente para a diminuição da morbilidade, mortalidade e custos associados à PAV, reforçando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos clientes ventilados (DGS, 2022e).

Adicionalmente, a imobilidade prolongada e a necessidade de sedação profunda podem contribuir para o aparecimento de úlceras de pressão, fraqueza muscular e disfunção orgânica múltipla. Assim, a monitorização constante e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para identificar precocemente estas complicações, ajustar os parâmetros ventilatórios de forma individualizada e implementar estratégias de prevenção que visem melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos clientes (Khan et al., 2022).

Assim, a ventilação mecânica invasiva representa uma intervenção complexa, que requer

conhecimento aprofundado das suas modalidades e efeitos fisiológicos para maximizar os benefícios e minimizar os riscos. A evolução das estratégias ventilatórias e a incorporação de novas evidências científicas continuam a ser cruciais para o aprimoramento das práticas clínicas nesta área.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

12-01-2025 02:15

12-01-2025 02:15 - Consciente.

12-01-2025 02:15 - Determinar sinais de alteração da consciência

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [1/1h]

12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45 - Com indícios de compromisso da consciência.

12-01-2025 03:45 - Consciência comprometida

12-01-2025 03:45 - Abertura dos olhos: nenhuma.

12-01-2025 03:45 - Resposta verbal: nenhuma.

12-01-2025 03:45 - Resposta motora: nenhuma.

12-01-2025 03:45 - Reflexo pupilar

12-01-2025 03:45 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

12-01-2025 03:45 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

12-01-2025 03:45 - Ausência de vômito em jato.

12-01-2025 03:45 - Determinar evolução da consciência

12-01-2025 03:45 - Avaliar evolução da consciência [Sem horário]

12-01-2025 03:45 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [SOS]

Sensações somáticas

12-01-2025 02:15

12-01-2025 02:15 - Sem manifestação de prurido.

12-01-2025 02:15 - Prurido [RESOLVIDO] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Localização e intensidade do prurido

12-01-2025 02:15 - Tórax: ausente.

12-01-2025 03:45 - Localização e intensidade do prurido

12-01-2025 03:45 - Tórax: ausente.

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução do prurido [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Localização e intensidade do prurido

12-01-2025 02:15 - Tórax: ausente.

12-01-2025 03:45 - Localização e intensidade do prurido

12-01-2025 03:45 - Tórax: ausente [MANTEVE].

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução do prurido [Sem horário] [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Referenciar prurido ao médico [SOS] [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Sensibilidade comprometida

12-01-2025 03:45 - Determinar evolução da sensibilidade

12-01-2025 03:45 - Avaliar evolução da sensibilidade [Sem horário]

Sistema respiratório

12-01-2025 02:15

12-01-2025 02:15 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

12-01-2025 02:15 - Ritmo respiratório regular.

12-01-2025 02:15 - Movimento respiratório simétrico.

12-01-2025 02:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

12-01-2025 02:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

12-01-2025 02:15 - Sem adejo nasal.

12-01-2025 02:15 - Saturação do oxigénio no sangue

12-01-2025 02:15 - Periférico(a): 90 %.

12-01-2025 02:15 - Coloração da mucosa: rosada.

12-01-2025 02:15 - Não comunica falta de ar.

12-01-2025 02:15 - Reflexo da tosse: presente.

12-01-2025 02:15 - Expele as secreções das vias aéreas.

12-01-2025 02:15 - Sons respiratórios: normais.

12-01-2025 02:15 - Secreções em pequena quantidade.

12-01-2025 02:15 - Secreções normais.

12-01-2025 02:15 - Secreções esbranquiçadas.

12-01-2025 02:15 - Limpeza da via aérea comprometida

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Sem horário]

12-01-2025 02:15 - Dispneia [RESOLVIDO] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução da dispneia [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da dispneia [Sem horário] [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Ventilação comprometida

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução da ventilação

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da ventilação [Sem horário]

12-01-2025 02:15 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS]

12-01-2025 02:15 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [SOS]

12-01-2025 02:15 - Melhorar ventilação

12-01-2025 02:15 - Posicionar para otimizar a ventilação [Sem horário]

12-01-2025 02:15 - Iniciar oxigenoterapia [Sem horário] [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

12-01-2025 03:45 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Sem adejo nasal.
12-01-2025 03:45 - Saturação do oxigénio no sangue
12-01-2025 03:45 - Periférico(a): 97 %.
12-01-2025 03:45 - Coloração da mucosa: rosada.
12-01-2025 03:45 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].
12-01-2025 03:45 - Reflexo da tosse: ausente [PIOROU].
12-01-2025 03:45 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores [PIOROU].
12-01-2025 03:45 - Sons respiratórios: normais.
12-01-2025 03:45 - Secreções em pequena quantidade.
12-01-2025 03:45 - Secreções normais [MANTEVE].
12-01-2025 03:45 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

12-01-2025 02:15

12-01-2025 02:15 - Localização do Pulso
12-01-2025 02:15 - Punho Esquerda(o)
12-01-2025 02:15 - Frequência do pulso: 113 pulsações por minuto.
12-01-2025 02:15 - Pulso de amplitude mediana e regular.
12-01-2025 02:15 - Pulso rítmico.
12-01-2025 02:15 - Pulso simétrico.
12-01-2025 02:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea
12-01-2025 02:15 - Membro inferior Esquerda(o)
12-01-2025 02:15 - Pressão sanguínea sistólica: 160 mmHg.
12-01-2025 02:15 - Pressão sanguínea diastólica: 90 mmHg.
12-01-2025 02:15 - Temperatura das extremidades
12-01-2025 02:15 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.
12-01-2025 02:15 - Coloração das extremidades
12-01-2025 02:15 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.
12-01-2025 02:15 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

12-01-2025 02:15 - Arritmia [RESOLVIDO] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Sem horário]

12-01-2025 02:15 - Referenciar arritmia ao médico [SOS] [FIM] 12-01-2025 03:45

12-01-2025 02:15 - Hipotensão

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1/1h]

12-01-2025 02:15 - Referenciar hipotensão ao médico [SOS]

12-01-2025 02:15 - Prevenir complicações da hipotensão

12-01-2025 02:15 - Posicionar para otimizar a perfusão cerebral [SOS]

12-01-2025 02:15 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Sem horário]

12-01-2025 02:15 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico [SOS]

12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45 - Localização do Pulso

12-01-2025 03:45 - Antebraço Esquerda(o)

12-01-2025 03:45 - Frequência do pulso: 110 pulsações por minuto.

12-01-2025 03:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.

12-01-2025 03:45 - Pulso rítmico.

12-01-2025 03:45 - Pulso simétrico.

12-01-2025 03:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-01-2025 03:45 - Membro superior Esquerda(o)

12-01-2025 03:45 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.

12-01-2025 03:45 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

12-01-2025 03:45 - Temperatura das extremidades

12-01-2025 03:45 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

12-01-2025 03:45 - Coloração das extremidades

12-01-2025 03:45 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

12-01-2025 03:45 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Eliminação urinária

12-01-2025 02:15

12-01-2025 02:15 - Urina em moderada quantidade.

12-01-2025 02:15 - Cor da urina: incolor.

12-01-2025 02:15 - Transparência da urina: Límpida.

12-01-2025 02:15 - Frequência da eliminação urinária: normal .

12-01-2025 02:15 - Reconhece a vontade de urinar.

12-01-2025 02:15 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

12-01-2025 02:15 - Sem globo vesical.

12-01-2025 02:15 - Eliminação urinária involuntária ausente.

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução da eliminação urinária

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1/1h]

12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45 - Quantidade de urina: 200 ml.

12-01-2025 03:45 - Cor da urina: incolor.

12-01-2025 03:45 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Sem globo vesical [MANTEVE].

12-01-2025 03:45 - Eliminação urinária involuntária ausente [MANTEVE].

Pele e mucosas

12-01-2025 02:15

12-01-2025 02:15 - Alterações da integridade dos tecidos.

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Sem horário]

12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

12-01-2025 02:15

12-01-2025 02:15 - Glicemia capilar: 203 mg/dl.

12-01-2025 02:15 - Glicemia

12-01-2025 02:15 - Determinar evolução da glicemia

12-01-2025 02:15 - Avaliar evolução da glicemia [1/1h]

12-01-2025 02:15 - Referenciar hiperglicemia ao médico [SOS]

12-01-2025 03:45

12-01-2025 03:45 - Glicemia capilar: 210 mg/dl.

4.7. Síntese relativa ao caso

Homem caucasiano, 53 anos que deu entrada na urgência trazido pela VMER devido crise anafilática, após ingestão de carne “à vinha de alhos”. Com sintomas iniciais de formigueliro na garganta, rouquidão e dispneia. Na avaliação inicial, segundo a abordagem ABCDE, apresentava via aérea permeável, disfonia e edema da orofaringe, sem rubor. Respiração espontânea, com expansão torácica simétrica, SPO₂ de 90 % e sibilância expiratória leve, oxigénio suplementar a 4 L/min por máscara Venturi. Com frequência cardíaca entre 110 – 120 bpm e pressão arterial de 160/90 mmHg. Estava consciente, orientado, score na Escala de Glasgow de 15, pupilas bilateralmente reativas e glicemia capilar de 203 mg/dl. Apresentava exantema no tronco e membros superiores, com ligeiro rubor generalizado e edema facial em regressão. A vítima negava antecedentes, alergias ou medicação habitual.

Perante o reconhecimento da reação anafilática, foi administrada adrenalina intramuscular, e em paralelo, terapêutica coadjuvante ainda em contexto pré-hospitalar. A presença de edema na orofaringe, e disfonia, são indicadores da contração do músculo liso, sugerindo edema laríngeo ou brônquico, o que compromete a ventilação, e pode levar à insuficiência respiratória aguda. Para promover a permeabilização da via aérea, a vítima foi posicionada em semi-fowler, e administrado oxigénio suplementar a 4L/min, por máscara de Venturi. Na abordagem terapêutica, privilegiou-se a utilização da metilprednisolona, um glucocorticoide que apresenta benefícios no tratamento do edema da orofaringe, na estabilização dos sintomas respiratórios, enquanto previne a resposta bifásica (Feng et al., 2023). Seguidamente à administração do corticoide intravenoso, foi administrado budesonida, um corticosteroide inalatório, com potente ação anti-inflamatória, cuja ação contribuiu para o alívio dos sintomas respiratórios nas horas seguintes à administração.

Paralelamente, foi administrada a associação de salbutamol e brometo de ipratrópio, visando potenciar o efeito broncodilatador. No entanto, esta terapêutica não produziu os resultados esperados na reversão do broncospasmo. Perante a refratariedade a esta abordagem inicial, tornou-se necessária a administração de sulfato de magnésio, fármaco indicado em situações de

broncospasmo resistente. A resposta da vítima após a introdução do sulfato de magnésio traduziu-se numa melhoria significativa do quadro respiratório, evidenciada pela redução do edema da orofaringe, da disfonia e da sibilância.

A abordagem à pessoa com reação anafilática exige uma monitorização sistémica e contínua dos parâmetros vitais, bem como, a avaliação de um conjunto de outros aspetos que contribuem para a identificação precoce de situações de choque anafilático. A infusão de cloreto de sódio a 0,9%, indicada em situações com evidência de comprometimento circulatório, desempenhou um papel determinante na reposição do volume circulante, estabilizando os valores da pressão arterial e frequência cardíaca, restabelecendo a perfusão tecidual, e prevenindo a progressão para choque. A vigilância da eliminação urinária também foi relevante, pois, a oligúria, como já anteriormente referido, poder ser um sinal de choque anafilático.

No que respeita ao domínio do metabolismo, foi registado um valor de glicémia capilar de 203 mg/dl, possivelmente associado ao contexto pós-prandial em que a monitorização foi realizada. Ainda assim, foi essencial assegurar uma monitorização contínua dos níveis de glicose, dado o potencial efeito hiperglicemiante dos glucocorticoides administrados. No entanto, não se verificaram episódios adicionais de hiperglicemia durante o período de vigilância do cliente.

O cliente apresentava várias manifestações cutâneas da crise anafilática, como o exantema no tronco e membros superiores, o ligeiro rubor generalizado e edema facial. Com a administração de terapêutica, particularmente, da adrenalina, estas manifestações regrediram.

O agravamento da função respiratória do cliente, enquadrado na sintomatologia do choque anafilático, exigiu uma abordagem mais diferenciada com necessidade de sedação, analgesia e curarização, para que se procedesse à entubação endotraqueal e para que iniciasse ventilação mecânica invasiva. O papel do EEMC foi fundamental no sentido de identificar as necessidades emergentes e responder às solicitações, mantendo sempre uma postura dinâmica, assertiva e segura.

O cliente foi rapidamente transferido para a unidade de cuidados intensivos, no sentido de garantir a continuidade de cuidados num ambiente mais controlado. Outros procedimentos invasivos seguramente lá realizou, de forma a garantir uma monitorização, estabilização elétrica, hemodinâmica e ventilatória adequadas.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O papel do enfermeiro tem evoluído para responder à crescente exigência dos cuidados de saúde. Embora a formação em enfermagem seja distinta entre diferentes países, há aspetos comuns à profissão em todo o mundo. O enfermeiro enquanto profissional assume funções que englobam a investigação e competências clínicas avançadas, bem como a liderança e a colaboração interdisciplinar. Além disso, a sua atuação estende-se a domínios organizacionais, políticos, económicos, regulamentares e legislativos. Como profissional independente, o enfermeiro desempenha um papel essencial na promoção da saúde, na prevenção da doença, e em diversas outras áreas de intervenção (Ljungbeck et al., 2021).

Espera-se que o Enfermeiro Especialista adquira uma base teórica sólida e um conhecimento especializado que lhe permita desempenhar o seu papel com eficácia e excelência. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 2 de fevereiro de 2019, o "Domínio de competência" refere-se a uma área específica de atuação que engloba um conjunto de competências inter-relacionadas e elementos agregados com um fio condutor comum (OE, 2019a). O enfermeiro desenvolve este domínio de competências através de um processo educativo formal, da aquisição de experiências práticas, da autoavaliação e da formação contínua (Mrayyan et al., 2023). A formação académica fornece conhecimento teórico e clínico essencial, enquanto a prática permite a aplicação e o aperfeiçoamento das habilidades. A autorreflexão ajuda a identificar áreas de melhoria, e a aprendizagem contínua mantém o profissional de enfermagem atualizado, favorecendo a qualidade da prestação de cuidados (Mrayyan et al., 2023).

Em Portugal, Enfermeiro Especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019a, p.4744). Para obter o título de especialista, o enfermeiro necessita de adquirir, não só, as competências específicas previstas no regulamento da sua área de atuação, mas também, necessita de deter um conjunto de habilidades gerais (comuns), válidas para todos os contextos de cuidados de saúde (OE, 2019a). Neste âmbito, as competências são estruturadas em dois níveis principais: competências comuns e competências específicas.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista, conforme estabelecido no regulamento em vigor, abrangem várias dimensões essenciais para a prática profissional avançada. Entre essas dimensões, destaca-se a educação de clientes e pares, orientação e aconselhamento, liderança e a investigação (OE, 2019a). Essas competências asseguram que os enfermeiros especialistas

estejam preparados para atuar de forma eficaz em diversos contextos de cuidados de saúde, contribuindo para a excelência na assistência e para o desenvolvimento contínuo da profissão.

Conforme as recomendações emitidas pela Ordem dos Enfermeiros, em 2021, o estágio assume um papel fundamental na transição de enfermeiro generalista para Enfermeiro Especialista, facilitando o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos (OE, 2021). Após a realização deste momento de formação prática, foi realizada uma reflexão, de forma sistemática, sobre o desenvolvimento dos domínios que agrupam as competências essenciais e demonstram o exercício diferenciado do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a).

- Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

No decorrer dos estágios profissionais realizados, foram alicerce os princípios éticos e legais, delineados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 2015b). A prática foi pautada pelo respeito à dignidade humana, garantindo cuidados que valorizassem a vida e os direitos fundamentais do cliente cuidado. Valores como a autonomia e a responsabilidade profissional são basilares na prática de enfermagem, neste sentido procurou-se uma tomada de decisão fundamentada e consciente. Assegurou-se uma prática ética e deontológica que respeitasse os direitos humanos, promovendo a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Neste sentido, no exercício da atividade primou-se pela promoção da solidariedade e justiça social, garantindo um compromisso ativo na promoção da igualdade (OE, 2015b).

Segundo o Código Deontológico (OE, 2015a), o enfermeiro desempenha um papel fundamental na mediação da informação, garantindo que as decisões tomadas respeitam a vontade da pessoa, mediante as suas opções culturais, políticas, morais e religiosas, criando condições para poder exercer os seus direitos. Este desígnio está em consonância com a Teoria do Cuidado Humano de Watson (2007). Esta teoria reforça a importância de um cuidado holístico e humanizado na enfermagem, considerando não apenas a condição clínica do cliente, mas também os seus aspetos emocionais, espirituais e sociais. Segundo Watson, o cuidar vai além dos procedimentos técnicos, sendo um ato intencional baseado na empatia, na compaixão e no respeito pela dignidade do cliente (Watson, 2007).

A Teoria do Cuidado Humano de Watson desenvolve princípios que orientam a prática de enfermagem, que incluem a criação de uma relação de ajuda e confiança com o cliente, a promoção de um ambiente favorecedor da prestação de cuidados, o incentivo ao crescimento pessoal e a valorização da subjetividade da pessoa. Watson (2007) enfatiza que o cuidado deve ser centrado na pessoa e não exclusivamente na sua condição clínica. Nesta ótica, o cuidado é um processo transformador que beneficia tanto quem recebe como quem presta os cuidados, promovendo uma prática profissional mais consciente, reflexiva e humanizada (Evangelista et al., 2020; Watson, 2007).

O direito ao acesso à informação, preconizado no Código Deontológico como um Dever à

Informação (OE, 2015a), quer do cliente, quer da sua família, foi uma garantia que foi assegurada durante a prestação de cuidados. Frequentemente os profissionais de enfermagem assumem-se como mediadores, assegurando que o cliente tem a informação necessária para uma tomada de decisão livre e esclarecida. Para tal, procurou-se transmitir a informação clara e empática, garantindo os princípios de confidencialidade e a privacidade. A privacidade, a confidencialidade e a intimidade são direitos fundamentais da pessoa (OE, 2015a). A privacidade e a intimidade nos serviços de urgência e nos pré-hospitalares, representam frequentemente um desafio, devido não só à natureza dinâmica e imprevisível das emergências, mas também às condições físicas (nem sempre favoráveis à manutenção da privacidade).

Nos cuidados pré-hospitalares não há um espaço estruturado que garanta a não exposição do cliente, sendo necessárias adaptações constantes para equilibrar a necessidade de intervenção rápida e a preservação da dignidade. Nos serviços de urgência também surgem dificuldades, que se devem às limitações físicas, estruturais e organizacionais destes serviços, associadas, muitas vezes, à sobrelotação, representando um desafio acrescido. Neste sentido, é importante que estejamos sensibilizados para adotar estratégias que minimizem a vulnerabilidade da pessoa, respeitando a sua intimidade, através da minimização da exposição do corpo, utilizando barreiras físicas, quando possível, e comunicando discretamente (evitando que pessoas externas ao agregado familiar tenham acesso à informação).

O consentimento informado é um conceito básico e primordial para qualquer profissional de saúde, como legisla a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), referindo que qualquer intervenção em saúde deve ser precedida do consentimento livre e esclarecido da pessoa em causa. Essa informação deve ser apresentada de forma acessível, objetiva e completa, incluindo o estado de saúde do cliente, os objetivos, a natureza da intervenção, as alternativas disponíveis, os benefícios e riscos envolvidos, bem como a evolução provável da condição clínica. Representa, assim, a autorização concedida pela pessoa para a realização dos cuidados propostos, após ter recebido e compreendido a informação sobre o objetivo, o método e os possíveis resultados da intervenção. É um processo que contribui para a individualização e humanização dos cuidados (OE, 2015a). Importa salientar que a veracidade do consentimento informado requer que a pessoa tenha competência e capacidade para tomar decisões, compreenda a informação fornecida e tenha total liberdade para aceitar ou recusar a intervenção, podendo revogar o consentimento até à sua execução (OE, 2015a). A exceção a este pressuposto são as situações com risco iminente de vida, em que se aplica o conceito de consentimento presumido, garantindo uma resposta rápida e adequada para a preservação da saúde da pessoa (OE, 2015a).

- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O Enfermeiro Especialista tem um papel ativo na conceção, desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais no âmbito da melhoria contínua dos cuidados. Promove

práticas baseadas na avaliação sistemática das intervenções, e na revisão das mesmas quando necessário, fomentando assim a implementação de estratégias que elevem a qualidade dos serviços prestados (OE, 2019a). Paralelamente, tem a responsabilidade de garantir um ambiente terapêutico seguro, adotando medidas preventivas, e promovendo boas práticas que minimizem riscos e assegurem o bem-estar dos clientes e dos profissionais de saúde (OE, 2019a).

A evolução do conceito de qualidade na área da saúde tem sido impulsionada pela crescente preocupação com a melhoria contínua dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. O objetivo é, não apenas, responder às expectativas e necessidades dos clientes, mas também contribuir para o progresso da sociedade como um todo (Sousa & Lucas, 2022). Para a Organização Mundial de Saúde (2020), os cuidados com qualidade são cuidados seguros, eficazes, centrados nos clientes, eficientes e equitativos. Dizem respeito à capacidade dos serviços de saúde de alcançar os resultados desejados, garantindo que as práticas adotadas estão fundamentadas em evidência científica (WHO, 2020).

A avaliação e garantia da qualidade em saúde devem ter em conta as preferências individuais e sociais dos clientes que utilizam os serviços de saúde, sendo que a sua avaliação envolve critérios como a eficácia, eficiência, equidade e segurança nos cuidados (Santana et al., 2018).

A melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde é um processo complexo, que exige a compreensão de diferentes aspetos, como a acessibilidade aos cuidados, a segurança da pessoa, a coordenação dos cuidados e a monitorização da qualidade (Endalamaw et al., 2024). Neste contexto, da melhoria contínua da qualidade, o Enfermeiro Especialista deve estar envolvido na conceção e execução de projetos de aprimoramento contínuo, fomentando boas práticas mediante a gestão e participação em programas de desenvolvimento, garantindo, assim, um ambiente seguro e terapêutico (OE, 2019b). O principal objetivo da implementação destes projetos, é melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, melhorando o processo de prestação de cuidados de saúde e, em última análise, prevenindo a morbilidade e reduzindo a mortalidade (Endalamaw et al., 2024).

A garantia de um ambiente terapêutico e seguro, está implicitamente relacionada com a compreensão da importância da cultura de segurança nos cuidados de saúde. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 é um documento orientador para os profissionais de saúde, tendo o propósito de incitar ao reforço da segurança na prestação de cuidados, promovendo a melhoria contínua, com enfoque nos clientes e nos seus cuidadores. É uma ferramenta de apoio, que está estruturada em 5 pilares (DGS, 2022a).

O primeiro é a promoção de uma cultura de segurança, onde se valoriza a comunicação aberta e a aprendizagem contínua a partir de incidentes, em vez da atribuição de culpa. Em segundo lugar, destaca-se a importância da liderança e da boa governança, através da criação de estruturas e lideranças responsáveis por garantir que as práticas seguras sejam efetivamente

implementadas. O terceiro eixo foca-se na melhoria da comunicação entre todos os intervenientes no processo de cuidados – desde os profissionais de saúde até aos próprios clientes e suas famílias – garantindo informação clara, precisa e acessível.

O quarto pilar é dedicado à prevenção e gestão de ocorrências associadas à prestação de cuidados, promovendo mecanismos de identificação, notificação e análise de eventos adversos com o intuito de evitar que se repitam. Por fim, no quinto pilar, o plano preconiza a implementação de práticas seguras em ambientes que também ofereçam condições seguras, reforçando a necessidade de cuidados baseados na evidência científica, adaptados à realidade de cada contexto clínico.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes está alinhado com o Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030 (WHO, 2021), que sublinha a necessidade de as instituições de saúde reforçarem as suas políticas e estratégias, fundamentando-as em evidência científica e na avaliação contínua dos clientes. Para atingir este objetivo, é fundamental que existam políticas nacionais coerentes com as metas globais de promoção da segurança. A principal meta é reduzir riscos e evitar danos que possam ser prevenidos, tanto para os clientes como para os profissionais que prestam cuidados (WHO, 2021).

Glarcher & Vaismoradi (2024), num estudo que procura identificar o papel dos enfermeiros na implementação de uma cultura de segurança, referem que fatores individuais, como o conhecimento e as habilidades dos enfermeiros em segurança, a perceção de controle e o compromisso com a segurança, desempenham um papel crucial na prevenção de eventos adversos (Glarcher & Vaismoradi, 2024). Profissionais de enfermagem com um conhecimento sólido sobre protocolos de segurança, com um investimento numa aprendizagem contínua, e com uma maior proatividade na identificação de riscos e na comunicação de incidentes, contribuem para o compromisso coletivo de garantir a segurança nos cuidados (Glarcher & Vaismoradi, 2024).

Torna-se, portanto, essencial que o enfermeiro especialista assuma um papel ativo na promoção da segurança do cliente, valorizando a comunicação clara e assertiva, bem como o trabalho em equipa. A partilha de informação crítica e o fortalecimento da cooperação entre os vários profissionais de saúde são aspetos fundamentais. Por outro lado, a notificação de incidentes constitui uma ferramenta importante para a identificação e análise de eventos adversos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Glarcher & Vaismoradi, 2024).

Relativamente à comunicação em equipa, é preconizado pela norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde (2017), a utilização da técnica Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações) (ISBAR), na transição de cuidados. Embora esta metodologia de transmissão de informação não tenha sido observada por condicionantes como o elevado fluxo de clientes em situação de

doença urgente e emergente, e limitações estruturais e ambientais, os enfermeiros utilizam de forma informal outra metodologia que consiste numa abordagem rápida, objetiva e sucinta de todos os casos clínicos presentes nas áreas em questão.

A segurança na administração dos medicamentos é um dos aspetos particularmente relevantes no cuidado ao cliente, particularmente na realidade dos contextos de urgência e pré-hospitalares. Erros e práticas inadequadas na administração de medicamentos, como dosagens erradas, infusões inadequadas, orientações verbais imprecisas, o uso de abreviaturas ou prescrições ilegíveis, são as principais causas de danos evitáveis nos cuidados de saúde (WHO, 2021). Nesse sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 estabelece como um dos seus objetivos estratégicos, o reforço da segurança na utilização do medicamento. Destaca a importância da integração de ferramentas digitais na gestão medicamentosa e incentiva as instituições a adotarem estratégias que promovam práticas seguras. Além disso, sublinha a relevância da implementação de mecanismos de controlo e monitorização da segurança na prática clínica, incluindo a realização periódica de auditorias internas anuais (DGS, 2022a).

No serviço de urgência, em particular, seria relevante monitorizar a administração de fármacos. As condições de trabalho adversas, como a sobrelotação dos serviços, as constantes solicitações e a pouca experiência de alguns profissionais, aumenta de forma considerável o risco de imprecisões. Ainda assim, a equipa demonstra um compromisso claro em contornar estes obstáculos, recorrendo a medidas como, a impressão de etiquetas para a correta identificação do fármaco e do cliente, bem como à alocação dos clientes informaticamente nas respetivas macas. Contudo, a disponibilização de mais dispositivos de registo, nomeadamente equipamentos móveis como tablets, poderia representar um contributo relevante para a melhoria da eficiência e segurança no processo de administração de medicamentos.

No contexto do SUMC houve oportunidade para contribuir ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, mediante duas vertentes complementares: a uniformização de práticas e a formação dos pares. Nesse sentido, foi realizada formação informal, em contexto de prática, elucidando elementos da equipa para alguns procedimentos institucionais. Foi também realizado um procedimento direcionado à abordagem clínica da anafilaxia (anexo I), em colaboração com um médico intensivista e um médico imunoalergologista (ainda em análise por parte deste especialista).

No contexto de SIV, foi realizada uma formação com a equipa relativamente a “Fármacos introduzidos nos novos protocolos SIV” (anexo II), momento em que houve grande partilha relativamente a dúvidas e experiências profissionais pessoais, tendo-se revelado bastante enriquecedor. Estes contributos refletem o compromisso com a excelência dos cuidados prestados e com a valorização do trabalho em equipa, reforçando a importância do papel do enfermeiro especialista na liderança de processos de melhoria e na dinamização de estratégias

formativas sustentadas.

- Domínio da gestão de cuidados

O Enfermeiro Especialista otimiza a resposta da equipa e promove a articulação com diferentes profissionais de saúde. Adicionalmente, ajusta a liderança e a gestão dos recursos às particularidades do contexto e às necessidades tanto individuais, como coletivas, visando garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

Os enfermeiros, enquanto maior grupo de prestadores de cuidados na saúde, desempenham um papel fundamental na continuidade e qualidade dos cuidados, bem como, na promoção da saúde em diferentes níveis do sistema de saúde (Poortaghi et al., 2019). Neste contexto, destaca-se o Enfermeiro Especialista, que assume uma função de liderança no desenvolvimento e implementação de práticas clínicas seguras e eficazes. Os líderes são elementos operativos de qualquer organização, funcionando como elo de ligação, coordenação e resposta rápida dentro da equipa, permitindo o seu progresso e crescimento, mediante uma gestão eficaz e racional dos recursos humanos e materiais (Tedla & Hamid, 2022). As instituições de saúde necessitam de líderes que consigam enfrentar desafios de forma eficaz, abordá-los com determinação, garantindo a continuidade da missão e visão organizacional (Alilyyani et al., 2024). Líder é quem assume a responsabilidade de coordenar uma equipa para atingir um objetivo específico, através das interações entre os membros durante uma atividade comum. Este processo concretiza-se através da construção de relações interpessoais assentes em dinâmicas de causa e efeito (Gradinarova, 2021).

O conceito de liderança clínica em enfermagem considera que os enfermeiros são tanto líderes de pessoas, como de mudança (Ramos et al., 2023). Os líderes demonstram comportamentos que orientam, apoiam e motivam as equipas, promovendo a parceria e a comunicação eficaz para melhorar os resultados. Este tipo de liderança manifesta-se na prática através da influência informal, baseada na experiência, nas competências interpessoais e na capacidade de mobilizar equipas para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Ramos et al., 2023).

Intrinsecamente ligado ao conceito de liderança está o de governança, tal como nos refere o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (DGS, 2022a). A governança eficaz é cada vez mais reconhecida como um fator crucial para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, abrangendo a experiência dos clientes, a segurança e a eficácia dos serviços prestados (Guerra et al., 2022). Uma liderança e governação fortemente comprometidas com a melhoria contínua da qualidade estão mais propensas a implementar programas eficazes de aperfeiçoamento, e a obter melhores resultados em diversos indicadores (Guerra et al., 2022).

Incentivar e promover o compromisso dos enfermeiros especialistas com a liderança clínica é fundamental para a enfermagem enquanto profissão e disciplina. Os enfermeiros que assumem papéis de liderança clínica desempenham um papel essencial na coordenação e supervisão dos

cuidados diretos ao cliente, identificando oportunidades de melhoria para otimizar os serviços de saúde. Além disso, motivam os colegas, promovem iniciativas alinhadas com as necessidades da prática clínica e contribuem para a governação clínica, nomeadamente através da identificação de ineficiências nas estruturas organizacionais (Ramos et al., 2023).

Durante o período de estágio no SUMC, o Enfermeiro Tutor assumiu com frequência o papel de coordenador de equipa. Demonstrou características evidentes de líder, respeitando e fazendo-se respeitar pela equipa, proporcionando a resolução de problemas de forma racional e ponderada, agindo como exemplo nas suas práticas num estilo de liderança técnica. O serviço tinha um grupo restrito de elementos com esta função de coordenação atribuída, e sempre que a enfermeira gestora considerava pertinente a entrada de mais alguém para estas funções reunia com a equipa de coordenação já existente para obter a opinião do grupo. Os elementos designados não eram todos especialistas, mas estavam alguns a concluir o processo formativo e, os mais velhos, peritos na área. A perspetiva da enfermeira gestora será serem todos os especialistas, mas tal como em todas as realidades, é um processo progressivo dentro das equipas.

O papel do enfermeiro num contexto de emergência, particularmente no âmbito de uma equipa de SIV, é crucial para a eficácia do cuidado à vítima e da dinâmica da equipa (Miranda, et al., 2024). Este desempenha um papel central na avaliação inicial de pessoas em situação crítica, através da aplicação criteriosa de protocolos clínicos, assegurando a estabilização dos clientes através da implementação de intervenções seguras, do estabelecimento de prioridades, e da tomada de decisão baseada na evidência atual (Miranda, et al., 2024). Simultaneamente, assume a liderança na coordenação dos cuidados, assegurando a continuidade desde o local da emergência até à unidade de saúde de destino, garantindo uma resposta integrada, eficaz e centrada no cliente (Miranda, et al., 2024).

Na equipa de SIV, o enfermeiro faz não só a gestão de cuidados, como também assume um importante papel de liderança. Não só perante o técnico de emergência pré-hospitalar que o acompanha, mas também nos cenários das ocorrências, com situações ambientais e humanas não controladas, e perante o apoio das equipas de bombeiros. Os elementos de enfermagem da SIV pertencentes ao INEM são na sua totalidade especialistas, e com a competência acrescida em emergência extra-hospitalar.

O EEEMC na área da PSC assume uma posição particularmente determinante, adotando a liderança e o desenvolvimento dos papéis dos diferentes membros da equipa (OE, 2018). A sua liderança estende-se à gestão da equipa, promovendo um ambiente colaborativo, de comunicação aberta e apoio mútuo, potenciando a coesão e o desempenho coletivo. Esta abordagem multidimensional evidencia a importância do EEEMC enquanto líder clínico, promotor de cuidados seguros, humanizados e de excelência (Miranda, et al., 2024; OE, 2018).

Em ambas as situações, tanto na equipa do SUMC como na de SIV, reconhece-se nos EEEMC,

enquanto elementos experientes e com formação, características de inteligência emocional, que é uma competência que pode ser treinada e adquirida (Teixeira et al, 2024). Num estudo realizado por Teixeira et al (2024), embora os EEEMC tenham apresentado elevados níveis de inteligência emocional, há profissionais com níveis muito baixos, com necessidade de atenção e intervenções direcionadas, no sentido de definir estratégias que promovam o desenvolvimento de competências em inteligência emocional para esses enfermeiros especialistas. Neste mesmo estudo também é identificada uma relação estatisticamente significativa entre a formação académica dos enfermeiros e os seus níveis de inteligência emocional, mais formação corresponde a um maior nível de inteligência emocional (Teixeira et al., 2024).

- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Enfermeiro Especialista demonstra um forte compromisso com o autoconhecimento e a assertividade, reconhecendo que estas competências são fundamentais para a construção de relações terapêuticas eficazes, e trabalho em equipa com a equipa multiprofissional (OE, 2019a). A atualização contínua do conhecimento científico é uma necessidade inerente à profissão de enfermagem, dada a nossa posição preponderante nos cuidados de saúde.

A contínua evolução científica, nos seus diferentes níveis, exige que os enfermeiros desenvolvam o seu pensamento crítico. Para tal, devem integrar capacidades técnicas e conhecimento profissional, com base na evidência científica disponível, reconhecendo de forma fundamentada os problemas de saúde dos clientes (Poortaghi et al., 2019). Enquanto profissão temos uma responsabilidade ética e legal de preservarmos uma base teórica sólida, de acordo com evidência científica atual, mantendo um quadro de competências especializadas. É este quadro que nos permite desempenhar funções eficazmente, integrando diversos elementos, como conhecimento, técnicas, atitude e capacidade de análise reflexiva (Mrayyan et al., 2023).

O desenvolvimento profissional e a formação contínua do Enfermeiro Especialista são essenciais para a melhoria da qualidade e do desempenho profissional, sendo influenciados pelas experiências adquiridas, pela troca de conhecimentos e pelo diálogo com a equipa multidisciplinar, para aprimorar os cuidados prestados (OE, 2017). Atender às necessidades do cliente e construir relações de confiança são aspetos essenciais para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem. Prestar cuidados de forma empática, baseados em evidência científica e com conhecimento técnico, são fatores essenciais na promoção da segurança e satisfação da pessoa (Stavropoulou et al., 2022). O desenvolvimento contínuo das competências traduz-se em benefícios não só para os clientes, mas também para os próprios enfermeiros, para a profissão e para as organizações de saúde (Mrayyan et al., 2023).

Enfermeiros com elevados níveis de compromisso profissional empenham-se em promover cuidados integrais, demonstrando uma atitude altamente comprometida em garantir uma prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes (Stavropoulou et al., 2022). Assim, o compromisso profissional parece estar estreitamente relacionado com a melhoria da qualidade

dos cuidados, a segurança, satisfação pessoal, autoridade profissional e capacidade de tomar decisões adequadas (Stavropoulou et al., 2022).

O compromisso profissional é algo considerado fundamental na prática diária. Cada decisão que toma e cada ação que executa, têm impacto significativo no bem-estar do cliente cuidado, o que motiva a manter elevados padrões de qualidade.

O enfermeiro é um profissional qualificado e regulado que presta cuidados de saúde baseados em conhecimento científico, normas éticas e práticas estabelecidas. Atua de forma autónoma e em equipa para promover a saúde, prevenir a doença, proteger a segurança dos doentes, aliviar o sofrimento e preservar a dignidade humana ao longo da vida. Além de prestar cuidados clínicos e sociais centrados na pessoa, o enfermeiro gere serviços, participa na melhoria dos sistemas de saúde, promove a saúde pública e ambiental, e contribui para políticas, investigação e inovação que visam melhores resultados em saúde (White et al, 2025). Ao assumir este compromisso com a profissão, entende-se a necessidade de estar em constante evolução, procurando ativamente conhecimento científico, e promovendo momentos de discussão e reflexão com as equipas de saúde, o que contribui para o desenvolvimento profissional e pessoal.

Competências Específicas do EEEMC na área da PSC

Além dos domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, importa refletir sobre aquelas que são as competências específicas do EEEMC na área da PSC. Na especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, devido à sua abrangência e à crescente necessidade de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, tornou-se premente especificar as competências de acordo com a pessoa cuidada e com o contexto de intervenção (OE, 2018). Dentro deste paradigma, destacam-se, entre outras áreas de atuação, os cuidados de enfermagem à PSC.

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

Os cuidados de enfermagem à PSC têm evoluído significativamente, impulsionados pelo elevado investimento tecnológico, que tem contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente (Sá & Velez, 2021). O Enfermeiro Especialista desempenha um papel determinante na minimização do impacto negativo que as mudanças de ambiente, inerentes ao processo assistencial, podem causar na PSC. É imperioso que a sua intervenção seja precisa, eficiente e realizada em tempo oportuno, garantindo uma abordagem holística que responda às necessidades do cliente (OE, 2017).

Foi intuito durante o estágio primar pelos padrões de qualidade do Enfermeiro Especialista na área da PSC (OE, 2017), para isso, procurou-se identificar rapidamente os problemas potenciais, garantindo uma resposta célere e eficaz. Foram prescritas, implementadas e avaliadas as

intervenções de enfermagem que preveniam ou minimizavam os efeitos indesejáveis dos problemas de saúde do cliente. Deste modo, procedeu-se à prescrição de intervenções especializadas face aos focos de instabilidade identificados, tendo como alicerce a fundamentação teórica relativa à implementação das mesmas. Não obstante, quando a complexidade das situações assim o exigia, foram referenciadas as situações a outros profissionais da equipa, e partilhadas as experiências à “posteriori” para uma reflexão sobre possíveis melhorias na atuação.

O rápido reconhecimento e intervenção são essenciais na atuação do Enfermeiro Especialista, como se pode verificar nos casos analisados neste relatório, referentes à pessoa com crise anafilática. O conhecimento prévio sobre como atuar, quais as linhas de tratamento, a importância da monitorização hemodinâmica e do posicionamento, bem como a importância do contexto e da história clínica do cliente, e o entendimento de sinais de alerta, foram fatores que indubitavelmente contribuíram para um desfecho favorável da situação. Reconhece-se que o investimento em conhecimento especializado em áreas como, a deteção precoce de sinais de alarme, a definição de prioridades de intervenção, a implementação rápida e eficaz de medidas de suporte e tratamento, foi absolutamente crucial para o desenvolvimento pessoal enquanto EEEMC na área de Enfermagem à PSC. Esta procura contínua de melhoria, baseada na evidência, constituiu um alicerce indispensável para se adquirir, cada vez mais, um grau elevado de autonomia.

A enfermagem em contexto crítico desenvolve-se num continuum, que pode ter início no contexto pré-hospitalar (onde ocorre o trauma ou o início súbito de doença), inclui a transferência para uma unidade de saúde e culmina no SU hospitalar. Na sua atividade assistencial, o Enfermeiro Especialista reconhece precocemente os sinais e sintomas críticos, avalia o estado clínico da pessoa com base na metodologia ABCDE e inicia atempadamente a sua intervenção. Avalia continuamente a pessoa e sinaliza precocemente o agravamento clínico, com base no conhecimento especializado, de modo a minimizar o risco de deterioração do estado de saúde (European Society for Emergency Nursing, 2018).

Esta abordagem sistematizada permite uma avaliação estruturada e prioritária, amplamente reconhecida pela sua eficácia na identificação, correção e estabilização de condições clínicas que representam risco iminente de vida (INEM, 2020). Uma estratégia baseada na priorização das funções vitais, permite uma resposta célere e direcionada, assegurando a intervenção imediata sobre os fatores que mais rapidamente comprometem a vida do cliente. Especificamente, o componente “A” refere-se à permeabilização da via aérea; “B” à otimização da ventilação e da oxigenação; “C” à garantia da circulação e ao controlo de hemorragias; “D” à avaliação do estado neurológico; e “E” à exposição corporal com monitorização e controlo da temperatura (INEM, 2020). É assim, uma metodologia fundamental em contextos de emergência, sustentando-se em evidência científica e em protocolos de atuação baseados na avaliação contínua e na tomada de decisão clínica informada (INEM, 2020; Westerman et al.,

2023).

Apesar de ser uma metodologia que assenta numa sequência estruturada, a análise deve ocorrer de forma integrada e dinâmica, beneficiando da articulação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde. O reconhecimento atempado e o tratamento adequado de clientes agudos e vítimas de trauma nos diferentes níveis do sistema de saúde é especialmente crítico nos serviços pré-hospitalares e de urgência, onde a prestação de cuidados apresenta desafios únicos. O Enfermeiro Especialista, em situações críticas, é responsável pela avaliação e intervenção inicial em clientes de todas as idades, com distintos níveis de urgência clínica e gravidade da doença, muitos dos quais ainda sem diagnóstico ou numa condição clínica claramente definida (Considine et al., 2017; Curtis et al., 2020).

O desenvolvimento do pensamento crítico é preponderante na identificação e participação ativa no tratamento de uma ampla variedade de quadros clínicos, o que necessariamente requer a implementação criteriosa de um processo dinâmico de triagem, que assegure a priorização contínua dos clientes, com base nas suas necessidades clínicas (European Society for Emergency Nursing, 2018). Neste enquadramento, surge o conceito de triagem, que tem como principal objetivo garantir que os clientes sejam atendidos de acordo com a urgência clínica, ou seja, a necessidade de uma intervenção crítica no tempo adequado. Além disso, permite direcionar o cliente para a área de avaliação e tratamento mais adequada, contribuindo para a caracterização do perfil clínico (Australasian College for Emergency Medicine, 2023).

A DGS (2018) preconiza que os SU devem implementar o sistema de Triagem de Manchester, que se baseia na identificação da principal queixa manifestada pelo cliente. A partir dessa queixa, o enfermeiro seleciona o fluxograma mais adequado, o qual orienta o raciocínio clínico, ao longo do processo de triagem. Este é guiado por discriminadores, perguntas estruturadas baseadas em sinais e sintomas, organizados por ordem decrescente de prioridade clínica (Costa et al., 2020). Os clientes são classificados, de acordo com a DGS (2018), em cinco níveis de prioridade distintos, identificados por número, designação, cor e tempo-alvo para início da avaliação médica:

- Prioridade 1 – Emergência (Vermelho): atendimento imediato
- Prioridade 2 – Muito Urgente (Laranja): atendimento em até 10 minutos
- Prioridade 3 – Urgente (Amarelo): atendimento em até 60 minutos
- Prioridade 4 – Pouco Urgente (Verde): atendimento em até 120 minutos
- Prioridade 5 – Não Urgente (Azul): atendimento em até 240 minutos

Adicionalmente, o Grupo Português de Triagem introduziu a cor Branca, com o intuito de identificar e monitorizar os atendimentos motivados por questões de natureza administrativa, como reavaliações pós-alta, realização de exames complementares, procedimentos eletivos ou

administração de terapêutica não programada, entre outros (Costa et al., 2020).

O sistema de Triagem de Manchester não foi concebido para julgar se os clientes estão adequadamente no SU, mas sim para garantir que aqueles que necessitam de cuidados, os recebam de forma apropriada e atempada (Mackway-Jones et al., 2023). Permite uma gestão do risco clínico em todos os serviços, promovendo um sistema que oferece um método ensinável e auditável de atribuição de prioridade clínica em contextos de emergência (Mackway-Jones et al., 2023). No entanto, destaca-se a necessidade da realização de uma monitorização contínua do desempenho mediante auditorias sistemáticas. Esta prática visa promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, bem como sustentar a construção de indicadores do desempenho assistencial (Costa et al., 2020).

De modo consentâneo com a Triagem de Manchester, existem os sistemas de resposta rápida, denominados Vias Verdes. As Vias Verdes são circuitos de encaminhamento, com componentes intra-hospitalares e pré-hospitalares. Visam a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades, ao longo de uma cadeia de cuidados, de situações que, pela sua natureza, beneficiam de uma abordagem estruturada e atempada, a que se associam ganhos significativos, nomeadamente na redução da morbilidade e da mortalidade (Grupo Português de Triagem, s.d.).

A Via Verde do Trauma foi concebida para otimizar o acesso ao tratamento mais adequado e eficaz, direcionadas às situações clínicas de trauma mais prevalentes e/ou de maior gravidade. Durante o processo de triagem, a ativação do algoritmo da Via Verde permite a operacionalização e priorização da reposta, facilitando a mobilização de recursos materiais (como exames de diagnóstico e tratamentos) e humanos (com uma equipa especializada e o acesso a diversas especialidades médicas) (Almeida et al., 2020; Rito et al., 2024).

O percurso da Via Verde do Trauma tem início com a ativação do pedido de socorro, a nível pré-hospitalar, e conclui-se com o término do internamento, sendo a reabilitação um componente fundamental para a recuperação das vítimas (DGS, 2022b). Relativamente a este sistema, a DGS (2022b) destaca a importância de uma comunicação eficiente entre os ambientes pré-hospitalar e intra-hospitalar, bem como, a definição de indicadores de qualidade, tempos de resposta e intervenções (Rito et al., 2024).

À semelhança da Via Verde do Trauma, a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser ativada na fase pré ou intra-hospitalar. O protocolo tem como grande objetivo assegurar que todas as vítimas de AVC isquémico cheguem atempadamente ao hospital, tenham acesso a um diagnóstico rápido e, nos casos elegíveis, tenham acesso imediato ao tratamento de reperfusão precoce (Barreira et al., 2019; Costa et al., 2020).

A eficácia dos tratamentos de reperfusão para o AVC isquémico está fortemente dependente dos tempos assistenciais, nomeadamente da eficiência da triagem e do início da ativação do

protocolo (Costa et al., 2020). Contudo, o intervalo entre o início dos sintomas e a chegada ao SU é determinado por múltiplas variáveis, como o reconhecimento imediato da situação e a solicitação de ajuda através da ativação dos serviços de emergência pré-hospitalar. Urge, assim, capacitar os clientes, familiares e população em geral, para os sinais de alerta (dificuldade em falar, boca ao lado e/ou falta de força num membro) e para a gravidade da situação (Costa et al., 2020; DGS, 2017b).

São estes dois sistemas de resposta rápida os já implementados no SUMC onde decorreu o estágio. Tentou-se, no passado, implementar a Via Verde Sépsis, mas sem sucesso.

Para além das competências técnico-científicas, essenciais em situações críticas, é fundamental que o enfermeiro especialista reconheça a importância de uma comunicação interpessoal eficaz e de uma transmissão clara e adequada da informação à pessoa e à sua família. Para isso, é essencial a implementação de técnicas de comunicação que favoreçam a relação terapêutica, promovendo um ambiente de confiança e segurança no processo de cuidados (OE, 2017). Num estudo realizado por Pavedahl et al. (2024), as PSC, apesar de reconhecerem a predominante importância dos aspetos técnicos dos cuidados, identificam a relação de confiança com o enfermeiro, como um fator central na qualidade assistencial. Os clientes referem que um cuidado personalizado, centrado no cliente, é favorecedor do seu bem-estar, minimizando sentimentos de negligência e incerteza (Pavedahl et al., 2024). Por outro lado, referem que a falta de uma estrutura organizacional adequada (separação por divisórias móveis de outros profissionais e clientes, ou a permanência em macas com vista limitada ao teto), faz com que, por vezes, os clientes se sintam desconsiderados (Pavedahl et al., 2024).

Para além do cliente cuidado, também a família deve ser alvo dos cuidados da equipa de saúde. O apoio à família da PSC, devido às especificidades e desafios inerentes ao contexto de urgência, requer do enfermeiro competências especializadas (Sá & Velez, 2021). A doença crítica de um ente querido impõe desafios significativos à família, sobretudo pela vivência da finitude da vida humana, pela incerteza do prognóstico e pelo ambiente altamente tecnológico e desconhecido (Galinha de Sá & Velez, 2021). Numa perspetiva holística, que valoriza não apenas o cliente, mas também a família, é imperioso considerar o impacto emocional e a vulnerabilidade que as situações críticas tem na família e nos cuidadores, e que exigem uma resposta sensível e qualificada dos profissionais de saúde (Galinha de Sá & Velez, 2021; Pavedahl et al., 2024).

Tanto no contexto pré-hospitalar, como no de urgência, foi consistente a preocupação das equipas em apoiar e contextualizar famílias e/ou cuidadores, indo de encontro à Lei n.º 15/2014, que define os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, garantindo acesso informado, escolha, privacidade e acompanhamento, bem como deveres de respeito e cumprimento das normas. Algumas ativações no pré-hospitalar, nomeadamente, colmataram apenas em ensinamentos direcionados à situação específica, no sentido de os envolver no cuidado ao

cliente. Já no SUMC, e como já referido, no período de grande exigência e afluência em que ocorreu este momento de estágio, houve sempre a preocupação de permitir visitas de familiares e de proporcionar um espaço mais protegido para permitir o acompanhamento de famílias a pessoas em fim de vida. Apesar de todas as condições adversas, não era menosprezada a humanização de cuidados.

Cuidar do cliente que enfrenta um processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica exige, enquanto EEEMC, pressupõe um elevado nível de conhecimento técnico-científico, aliado a uma abordagem humanizada. As diferentes situações experienciadas, exigiram que cada intervenção não se limitasse à aplicação de procedimentos, mas também ao envolvimento e à compreensão profunda da experiência do cliente e da sua família, reconhecendo o seu impacto emocional e psicológico. Deste modo, não obstante, a aquisição de competências técnico-científicas, considera-se que foi igualmente importante, a aquisição de competências relacionais. Demonstrar empatia, escuta ativa e o respeito pelas crenças e valores do cliente, são aspetos fulcrais para fomentar a relação de confiança com o cliente, família ou cuidador. O envolvimento dos diferentes intervenientes e a negociação, permitiu uma efetiva parceria de cuidados, fator que é promotor da satisfação dos clientes, e indicador da qualidade de cuidados (OE, 2017).

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

Compete ao EEEMC na área de Enfermagem à PSC, aplicar de forma apropriada medidas de SAV, gerindo eficazmente protocolos terapêuticos complexos. Assumindo, simultaneamente a responsabilidade pela evacuação e transporte seguro da PSC, bem como, a supervisão das atividades por si delegadas, no âmbito das intervenções de enfermagem (OE, 2017).

A intervenção em acidentes com elevado número de vítimas representa um dos maiores desafios para as equipas de emergência pré-hospitalar, repercutindo-se nas instituições hospitalares (SU). A ocorrência de eventos com potencial para causar lesões em pessoas e afetar gravemente a integridade de um número alargado de vítimas está, muitas vezes, associada a acidentes multivítima, incêndios florestais, urbanos ou industriais, e a situações de intoxicação em massa (DEFM, 2024). Os cenários de exceção, são caracterizados pela sua natureza imprevisível, podendo resultar de fenómenos naturais como aluviões, cheias, inundações, ondas de calor ou vagas de frio. Uma situação de exceção, no contexto da emergência médica, caracteriza-se essencialmente por um desequilíbrio – pontual ou prolongado – entre as necessidades assistenciais e os recursos disponíveis para lhes dar resposta (DEFM, 2024).

A capacidade de cuidar e proteger as pessoas durante emergências, catástrofes e/ou situações de exceção depende substancialmente da preparação dos enfermeiros para lidar com este tipo

de situações. Numa ampla gama de contextos clínicos e comunitários, e em todas as fases de um evento de emergência, os enfermeiros, em parceria com médicos e outros profissionais de saúde, desempenham um papel central na resposta a situações de crise (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na educação, promoção da saúde e proteção da saúde pública. Prestam os cuidados imediatos e avançados, realizam a triagem e avaliação das vítimas, alocam recursos e monitorizam as necessidades de saúde. Da mesma forma, contribuem para a logística organizacional, desenvolvendo protocolos de resposta, medidas de segurança e realizando uma análise do ponto de situação individual e comunitário (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

Entende-se que o papel do EEEMC exige não só um conhecimento clínico aprofundado, mas também o pensamento crítico, e capacidade de tomar decisões rápidas e fundamentadas, em situações de emergência, exceção e catástrofe. Estas competências permitem uma antecipação das complicações decorrentes de doença aguda ou trauma, e a identificação de evidências fisiológicas, emocionais e psíquicas que possam comprometer a vida do cliente.

Em contextos de catástrofe e exceção, a triagem é implementada em duas fases distintas: a triagem primária, que corresponde à avaliação inicial das vítimas no local do incidente, com o objetivo de as classificar rapidamente, segundo a gravidade das lesões e a urgência da intervenção, estabelecendo prioridades de forma célere e eficaz; e a triagem secundária, que consiste num processo de reavaliação contínua, permitindo uma categorização mais detalhada e rigorosa das vítimas, especialmente quando se trata de um elevado número de clientes afetados (DEFM, 2024). Nesse sentido, surge a utilização do algoritmo de Triagem Simples e Rápido Tratamento (START). Este algoritmo é utilizado em situações de múltiplas vítimas, classificando as vítimas com base em critérios de gravidade, utilizando discriminadores simples, como: “A vítima consegue andar? Está ferida? Está a respirar? Qual é a frequência respiratória? E a frequência cardíaca?” (DEFM, 2024). Com esses critérios, é possível dividir de forma grosseira as vítimas em quatro categorias: Prioridade 1 (cor vermelha): Vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarela): Vítima grave; Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave; Prioridade 0: Falecido (cor preta) (Clarkson & Williams, 2023; DEFM, 2024).

Aos clientes a quem foi atribuída prioridade 3 (verde), que se deslocam autonomamente, é realizado um pedido para se dirigirem a uma área designada (Clarkson & Williams, 2023). Todos os outros clientes são então avaliados. É atribuída prioridade 1 (vermelha) a qualquer vítima com os seguintes critérios: frequência respiratória superior a 30 cpm ou inferior a 10 cpm, pulso radial ausente ou preenchimento capilar superior a 2 segundos, frequência cardíaca superior ou igual a 120 bpm, ou incapacidade em seguir comandos simples. A prioridade 2 (amarela) é atribuída a todos as outras vítimas (Clarkson & Williams, 2023; DEFM, 2024). Esta primeira fase visa realizar uma triagem rápida do maior número de vítimas, com foco na assistência imediata,

nas manobras de reanimação e na determinação do grau de urgência (Clarkson & Williams, 2023).

A triagem secundária, por sua vez, é um processo contínuo e mais preciso, baseado no Triage Revised Trauma Score (TRTS), que envolve monitorização de três parâmetros fisiológicos: pressão arterial sistólica, frequência respiratória e nível de consciência, utilizando a Escala de Coma de Glasgow (Clarkson & Williams, 2023; DEFM, 2024). Cada um destes parâmetros é codificado numa escala de 0 a 4 pontos. A pontuação total resulta da soma das pontuações atribuídas a cada variável, permitindo obter um valor final entre 0 e 12. Com base nessa pontuação, procede-se à categorização das vítimas da seguinte forma: TRTS entre 1 e 10: Prioridade 1 (vítima crítica); TRTS igual a 11: Prioridade 2 (vítima grave, mas estável); TRTS igual a 12: Prioridade 3 (vítima ligeira); TRTS igual a 0: Óbito (DEFM, 2024).

As cores da triagem podem ser atribuídas por etiquetas de triagem. A etiqueta de triagem desempenha um papel fundamental na gestão eficaz de situações com múltiplas vítimas, permitindo a numeração das vítimas, o registo da sua evolução clínica, e dos cuidados prestados. Facilita também o controlo da assistência, evitando a duplicação de esforços por parte das equipas pré-hospitalares, e contribui para estabelecer um fluxo organizado de vítimas. Esta ferramenta é também essencial para garantir uma gestão adequada da cadeia de evacuação, nomeadamente no que se refere à definição das prioridades, ao encaminhamento para o hospital de destino, e ao controlo do processo de evacuação. Por fim, permite a elaboração de registos clínicos completos, incluindo dados pessoais, informação clínica relevante e as intervenções realizadas (DEFM, 2024).

Considera-se que a formação em catástrofes e situações excecionais de emergência deve ser uma das prioridades na formação dos enfermeiros. Há uma necessidade premente de preparar os profissionais de enfermagem para o planeamento e gestão desses eventos inesperados, assegurando que adquirem os conhecimentos e competências necessárias para implementar cuidados, durante e após a ocorrência de desastres, que incluem intervenções de enfermagem, mas também, aspetos de gestão estrutural (Ali et al., 2023). O processo formativo em catástrofes, com uma vertente de simulação, promove a consciencialização sobre a imprevisibilidade das situações de exceção, reforça a proatividade e substitui os anteriores conceitos de “lições aprendidas” na gestão de catástrofes, permitindo que se cometam erros num ambiente seguro, sem causar danos à população afetada (Ali et al., 2023).

Apesar de não terem sido experienciadas situações de catástrofe durante os estágios, procurou-se consultar planos de ação e procedimentos vigentes nos diferentes contextos clínicos vivenciados, integrando as estratégias de ação e o papel a desempenhar, caso se proporcionassem situações de emergência multivítima.

Num cenário de constante risco de catástrofes naturais, epidemias ou acidentes de grande escala, é essencial que as unidades de saúde avaliem regularmente o seu contexto interno e

externo, e planeiem, de forma integrada e sistemática, respostas eficazes a situações de emergência que possam provocar desequilíbrios entre as necessidades e os recursos disponíveis (DGS, 2010).

Neste propósito, é necessária a implementação de planos de emergência adaptados a cada contexto, podendo o EEEMC assumir um papel estratégico na sua elaboração e implementação. Dotado de competências clínicas avançadas, capacidade de liderança e tomada de decisão em contextos de elevada complexidade o EEEMC contribui com a identificação de riscos, a participação ativa na definição de protocolos de resposta, a formação e capacitação das equipas de enfermagem, e a coordenação das ações. Além disso, assegura que os princípios de segurança e uma abordagem integrada, articulada e eficaz na resposta aos desafios impostos por situações de crise (DGS, 2010; OE, 2018).

No contexto de SUMC proporcionado, existe um armário, identificado e conhecido de toda a equipa multidisciplinar, onde está todo o material de apoio e fluxograma de atuação, com os papéis definidos e contactos a realizar, em contexto de catástrofe. Este planeamento teve na sua génese a intervenção do EEEMC do serviço em questão.

A manutenção de um processo formativo contínuo e atualizado, é fundamental para assegurar que, em situações de exceção, se possa ter a confiança e a competência necessárias para uma tomada de decisão responsável e baseada em conhecimento científico, atuando de forma célere e eficaz.

- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequada

Face à diversidade de contextos de atuação, à complexidade das situações clínicas e à necessidade de recorrer frequentemente a medidas invasivas, o EEEMC desempenha um papel essencial na prevenção e controlo da infeção (OE, 2017). As infeções associadas aos cuidados de saúde constituem um grave problema de saúde pública, comprometendo, tanto a qualidade dos cuidados prestados, como a segurança dos clientes. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde tenham um conhecimento sólido sobre os riscos de transmissão, de forma a garantir a aplicação eficaz das medidas de preventivas adequadas (DGS, 2022a).

No contexto português, os últimos dados (DGS, 2019) indicam que há uma prevalência de 7,8 % de infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) nos hospitais de agudos. Verificou-se uma redução da taxa de IACS (7,8 versus 10,5 %), e do consumo de antimicrobianos (38,8 versus 45,5%), por comparação ao último inquérito, realizado em 2012 (DGS, 2019). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, define como um dos objetivos estratégicos, do Pilar 5, Práticas Seguras em Ambientes Seguros - “Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” (DGS, 2022a, p.41).

Para dar resposta a este desígnio, foram estabelecidos um conjunto de objetivos e orientações destinados a promover uma cultura de segurança no setor da saúde. Entre as principais áreas de atuação destaca-se a formação dos profissionais de saúde, a avaliação da cultura de segurança existente, e o reforço da literacia dos clientes e das suas famílias relativamente a esta temática, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados (DGS, 2022a; Gama & Lopes, 2024).

A prevenção de infeções continua a ser um grande desafio nos SU. As PSC que chegam ao SU têm, não só, o potencial de transmitir doenças infectocontagiosas aos profissionais de saúde e a outros clientes, como também, estão vulneráveis à aquisição de novas infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Atualmente, os SU hospitalares enfrentam uma situação crítica de sobrelotação, o que compromete de forma significativa as condições de segurança nos cuidados de saúde (Gama & Lopes, 2024). A concentração de pessoas em espaços reduzidos, dificulta a manutenção do distanciamento físico recomendado, aumentando o risco de transmissão de infeções (Gama & Lopes, 2024). A proximidade entre clientes é um fator potenciador da disseminação de agentes patogénicos, pelo que, a limitação na gestão do fluxo de clientes nos SU, além de comprometer a qualidade dos cuidados, compromete a segurança dos clientes, e aumenta a probabilidade da aquisição de infeções (Gama & Lopes, 2024).

Importa refletir sobre a implementação de medidas que possam contribuir para uma melhoria da organização dos contextos de urgência, no que respeita à prevenção e controle de IACS. A presença de sinalização clara relacionada com o controlo de infeção, em conformidade com as normas em vigor, bem como a implementação de métodos que visem reduzir o número de clientes em espera num determinado momento, são algumas dessas medidas (Care Quality Commission, 2023). A limitação do número de profissionais externos ao serviço de urgência envolvidos na avaliação dos utentes, juntamente com um controlo rigoroso dos acessos - com entradas e saídas devidamente reguladas - são medidas que contribuem para um ambiente mais seguro, prevenindo que o serviço de urgência seja utilizado como zona de passagem para outras áreas do hospital. (Care Quality Commission, 2023).

As IACS podem ser causadas por diversos microrganismos, que podem incluir a infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, a infeção do trato urinário associada à presença de cateter vesical, a infeção do local cirúrgico, a pneumonia associada à intubação, e infeções por *Clostridioides difficile* (Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2024; DGS, 2019).

A transmissão dos microrganismos ocorre entre clientes, profissionais de saúde e visitantes, através de mãos não higienizadas ou da utilização inadequada, ou reutilização, de equipamentos de proteção individual (CDC, 2024). Com o intuito de prevenir IACS e limitar a sua propagação, devem ser implementadas Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI), que incluem medidas como: a avaliação do risco de infeção no momento da admissão; adoção de

estratégias de isolamento, quando necessário; a correta higiene das mãos; a aplicação da etiqueta respiratória, o uso adequado de equipamento de proteção individual, a descontaminação de equipamentos clínicos, o controlo ambiental e a limpeza de superfícies, o manuseamento seguro da roupa, a adoção de práticas seguras na preparação e administração de medicamentos injetáveis, bem como a prevenção da exposição a agentes microbiológicos (DGS, 2019). É igualmente relevante avaliar, em cada contacto, a pertinência de manter dispositivos invasivos (de acordo com a necessidade clínica do cliente), e garantir a sua remoção o mais precocemente possível, de acordo com as boas práticas de inserção e manutenção (CDC, 2024).

É essencial que os recursos e a organização do trabalho permitam a adesão contínua às práticas de controlo da infeção por parte de todos os profissionais, para isso, os EEEMC, têm um papel decisivo, participando ativamente na conceção de planos de prevenção e controlo da infeção baseados em evidência científica, e colaborando na definição de estratégias a implementar no serviço (OE, 2017).

Simultaneamente, têm um papel fundamental na capacitação das equipas, promovendo práticas seguras e eficazes (OE, 2017). O EEEMC deve disponibilizar informação adequada sobre prevenção de infeções a clientes, familiares e cuidadores, incluindo formas de transmissão, medidas preventivas e sinais de alarme, considerando os diferentes níveis de literacia, compreensão linguística e diversidade cultural dos clientes (CDC, 2024). Por outro lado, é importante que mantenha o conhecimento atualizado, através da aquisição de formação específica sobre prevenção de infeções, podendo assim munir-se de sustentação teórica para proceder a atualizações de procedimentos. Com base em dados de vigilância epidemiológica e incidência de infeções associadas aos cuidados, deve ser fornecer feedback regular à equipa multiprofissional (CDC, 2024), reforçando os comportamentos positivos e propondo sugestões de melhoria.

Enquanto EEEMC, foi aprofundando o conhecimento sobre normas e procedimentos vigentes em relação à prevenção e controlo de infeções, e adotadas de forma sistemática as PBCI, e as práticas associadas aos feixes de intervenção recomendados, como o feixe de intervenções do cateter venoso central (DGS, 2022c), ou o do cateter vesical (DGS, 2022d). De forma consistente, foi privilegiada uma adequada higienização das mãos e o uso adequado do equipamento de proteção individual, o cumprimento da etiqueta respiratória, bem como, a correta alocação dos clientes com necessidade de isolamento, garantindo a sinalização correta, e a disponibilidade dos equipamentos necessários. Apesar da prevenção e controlo de infeção ser uma responsabilidade coletiva de enfermagem, reconhece-se que, o EEEMC deve assumir um papel de liderança na execução de estratégias de prevenção das IACS, tal como é referido no Regulamento de competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC (OE, 2018) contribuindo para a conceção de procedimentos, mas também, para a sensibilização e apoio efetivo aos diferentes elementos da equipa.

Tanto no contexto SIV como no SUMC, há oportunidades de melhoria. Tentou-se transmitir às equipas algumas práticas simples, mas com impacto no desenrolar do processo de doença da pessoa. Sabendo que em ambos os contextos o ambiente de trabalho não é controlado, há ainda assim que consciencializar as equipas para a mudança de alguns procedimentos já rotinizados.

Atualmente, a participação ativa dos clientes, familiares e cuidadores na cultura de segurança assume uma importância crescente, sendo a literacia em saúde reconhecida como um dos alicerces fundamentais para a sua efetivação (DGS, 2022a). Nesse sentido, procurou-se envolver os familiares e cuidadores no processo educativo, promovendo a sua adesão às medidas de precaução e às regras de isolamento, segundo a via de transmissão identificada. Uma comunicação terapêutica clara e eficaz é um dos pilares fundamentais para uma prestação de cuidados seguros (DGS, 2022a), desempenhando um papel crucial na prevenção de eventos adversos, e na promoção de uma cultura de segurança.

Face ao processo crítico-reflexivo desenvolvido ao longo do presente capítulo, importa refletir sobre a pertinência dos diferentes contextos de ensino, para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas, na área da Enfermagem Médico Cirúrgica - especialização à PSC. Em ambos foi possível o contacto direto com a PSC e a prestação de cuidados de enfermagem especializados, o que permitiu a integração de práticas avançadas e o consequente desenvolvimento de competências clínicas diferenciadas.

A PSC pode encontrar-se em qualquer local, no entanto, existem contextos, extra e intra-hospitalares mais vocacionados para a sua abordagem. Foi constatada a integração crescente dos sistemas pré-hospitalar e hospitalar, pela necessidade de um sistema de urgência único e integrado, tal como preconizado no Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). No local inicial de abordagem da PSC, a avaliação pela equipa de enfermagem é fundamental, para identificar de forma rápida e assertiva aqueles que mais necessitam de intervenção, sendo este o ponto de partida para a sua atuação.

As experiências desenvolvidas em ambos os contextos de estágio possibilitaram uma compreensão integrada do percurso da PSC, desde a abordagem em contexto pré-hospitalar até à fase inicial da admissão hospitalar. Este processo incluiu a observação das intervenções realizadas, a aplicação de protocolos clínicos vigentes e os critérios subjacentes à definição do percurso assistencial, com base no nível de cuidados requerido para o tratamento e recuperação do cliente.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração deste relatório reflete as atividades desenvolvidas durante os estágios realizados no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à PSC. Pretendeu assim, ser um reflexo da jornada vivenciada ao longo deste percurso de formação, refletindo o conhecimento adquirido nas diversas unidades curriculares do curso, articulando-o com a prática profissional, mediante uma análise crítica das oportunidades, atividades e experiências proporcionadas durante o processo de desenvolvimento formativo.

As especificidades da área de Especialidade em Enfermagem à PSC representam um desafio permanente para os enfermeiros, exigindo que os objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados sejam criteriosamente definidos, para assegurar uma resposta eficaz às necessidades da pessoa, promovendo a manutenção das funções vitais, prevenindo complicações, minimizando incapacidades e, sempre que possível, potenciando a recuperação integral da pessoa. Para alcançar este desígnio, foi desenvolvida a capacidade de questionar e reavaliar práticas previamente estabelecidas, além de implementar um esforço contínuo na procura de evidência científica atualizada, incorporando o pensamento crítico-reflexivo. Foi assim, necessário, dar resposta à complexidade e exigência desta área do saber, investindo fortemente no conhecimento teórico-prático, prestando cuidados de enfermagem altamente especializados.

A formação especializada, nos diferentes contextos clínicos, permitiu o contacto direto com uma variedade de experiências, proporcionando uma evolução significativa, tanto no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, quanto no âmbito das competências específicas na Área de Enfermagem da PSC. Estes dois momentos, nos contextos de SIV e SUMC, foram também determinantes no processo de aprendizagem, possibilitando a integração e aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação teórica, o desenvolvimento de experiência no âmbito da prática clínica e a conceção de cuidados a clientes em situação crítica.

Este processo educativo, foi um marco importante no desenvolvimento profissional pessoal, possibilitando expandir a visão futura, com um investimento contínuo no desenvolvimento de competências, que permitiram alcançar o objetivo de prestar cuidados alicerçados numa cultura de segurança e qualidade, satisfazendo as necessidades da PSC, de forma personalizada e integral.

As experiências no contexto pré-hospitalar e de urgência foram particularmente desafiadoras, devido à intensa procura e pressão acrescida, à imprevisibilidade das situações e à necessidade

constante de adaptação a novas exigências na gestão de cuidados. No entanto, consideram-se estes desafios fundamentais para o crescimento profissional, ampliando a flexibilidade e capacidade de adaptação.

Os padrões de qualidade do EEEMC na área da PSC foram uma referência na prática de cuidados. Procurou-se identificar rapidamente as necessidades do cliente, priorizando intervenções de acordo com os problemas identificados, e implementando intervenções eficazes, de forma atempada. Houve assim oportunidade de conceber e organizar planos de cuidados, estabelecer prioridades, não descurando a atenção à família e/ou cuidadores. Neste sentido, adotaram-se estratégias que minimizaram a vulnerabilidade do cliente, respeitando os seus valores, crenças e desejos. Em paralelo, foram desenvolvidas capacidades relacionadas com a gestão de emoções, o trabalho em equipa, e a adaptação à mudança, bem como, competências na área da liderança e governança clínica, tendo como referência, os profissionais com quem houve oportunidade de analisar criticamente diferentes experiências.

Paralelamente, à realização dos estudos de caso, esteve o trabalho desenvolvido na plataforma “e4nursing” que contribuiu de forma significativa para o aprimoramento do raciocínio clínico e da tomada de decisão em enfermagem. A pesquisa orientada pela evidência científica, aliada ao diálogo constante com enfermeiros tutores, docentes e colegas, e a partilha de experiências, revelaram-se fundamentais para o crescimento pessoal.

Seguramente, a elaboração deste documento constitui uma base sólida para o exercício profissional enquanto EEEMC, na área de Enfermagem à PSC, reconhecendo, no entanto, que este é um percurso em constante construção, que exige um compromisso contínuo com a autoaprendizagem e com uma análise crítica e reflexiva da prática.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências RT 11/2015. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência RT 14/2019. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>

Aguiar, R. Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica Inalatória: Técnica de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25(1), 9–26. https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tcnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf

Ali, M., Carlström, E., J. Sørensen, A. Alruwaili, & A. Khorram-Manesh. (2023). Incorporating simulation exercises using collaborative tools into disaster and emergency medicine curriculum—A pilot survey among Saudi Arabian professionals. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 31(4). <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12491>

Alilyyani, B., Althobaiti, E., Al-Talhi, M., Almalki, T., Alharthy, T., Alnefaie, M., Talbi, H., & Abuzaid, A. (2024). Nursing experience and leadership skills among staff nurses and intern nursing students in Saudi Arabia: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01750-1>

Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do Enfermeiro em relação à Via Verde Trauma. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(1), 55–66. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>

Anagnostou, A., Sharma, V., Herbert, L., & Turner, P. J. (2022). Fatal Food Anaphylaxis: Distinguishing Fact from Fiction. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 10(1), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.10.008>

Antolín-Amérigo, D., Vidal-Albareda, C., González de Olano, D., & de la Hoz-Caballer, B. (2024). Current update on anaphylaxis: anaphylaxis management in recent guidelines. *European annals of allergy and clinical immunology*, 56(2), 51–64. <https://doi.org/10.23822/EurAnnACI.1764-1489.306>

Australasian College for Emergency Medicine (2023). Guidelines on the implementation of the Australasian Triage Scale in emergency departments. G24 (V6). ACEM. <https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Triage>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2023). Management of Peripheral Intravenous Catheters Clinical Care Standard. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2021-05/management_of_peripheral_intravenous_catheters_clinical_care_standard_-_accessible_pdf.pdf

Australian Society of Clinical Immunology and Allergy. (2023). ASCIA Guidelines - Acute Management of Anaphylaxis. Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCIA). <https://www.allergy.org.au/hp/papers/acute-management-of-anaphylaxis-guidelines>

Barreira, I., Martins, M., Silva, N., Preto, P., & Preto, L. (2019). Results of the implementation of the code stroke protocol in a Portuguese hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (No 22), 117-126. <https://doi.org/10.12707/riv18085>

Bartra, J., Turner, P. J., & Muñoz-Cano, R. M. (2023). Cofactors in Food Anaphylaxis in Adults. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 130. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2023.03.017>

Bilò, M. B., Martini, M., Tontini, C., Corsi, A., & Antonicelli, L. (2021). Anaphylaxis. *European annals of allergy and clinical immunology*, 53(1), 4-17. <https://www.eurannallergyimm.com/anaphylaxis/>

Bodien, Y., Barra, A., Temkin, N., Barber, J., Foreman, B., Vassar, M., Robertson, C., Taylor, S., Markowitz, A., Manley, G., Giacino, J., Edlow, B. (2021). Diagnosing Level of Consciousness: The Limits of the Glasgow Coma Scale Total Score. *Journal of neurotrauma*, 38(23), 3295-3305. <https://doi.org/10.1089/neu.2021.0199>

Boeykens, K., Holvoet, T., & Duysburgh, I. (2023). Nasogastric tube insertion length measurement and tip verification in adults: A narrative review. *Critical Care*, 27(1), 317. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04611-6>

Brown, C. A., Sakles, J. C., Mick, N. W., Walls, R. M., & The National Emergency Airway Registry (NEAR) Investigators. (2015). Airway management in the emergency department: A prospective observational study. *Annals of Emergency Medicine*, 65(3), 289-297.

Cardona, V., Ansotegui, I. J., Ebisawa, M., El-Gamal, Y., Fernandez Rivas, M., Fineman, S., Geller, M., Gonzalez-Estrada, A., Greenberger, P. A., Sanchez Borges, M., Senna, G., Sheikh, A., Tanno, L. K., Thong, B. Y., Turner, P. J., & Worm, M. (2020). World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. *World Allergy Organization Journal*, 13(10), 100472. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472>

Care Quality Commission (2023). Project reset in emergency medicine: Patient FIRST - Care Quality Commission. www.cqc.org.uk; Care Quality Commission. <https://www.cqc.org.uk/publications/patient-first>

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). Guidelines and Guidance Library. CDC Infection Control. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/guidance/index.html>

Chompunud Na Ayudhya, C., & Ali, H. (2022). Mas-Related G Protein-Coupled Receptor-X2 and Its Role in Non-immunoglobulin E-Mediated Drug Hypersensitivity. *Immunology and allergy clinics of North America*, 42(2), 269–284. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2021.12.003>

Clarkson, L., Williams, M. (2023). EMS Mass Casualty Triage. StatPearls; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459369/>

Clarkson, L., Williams, M. (2023). EMS Mass Casualty Triage. StatPearls; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459369/>

Colmenares, F. & Pozo, A. (2019). Evaluación del sulfato de magnesio en el tratamiento del broncoespasmo. *DOAJ*, 8(3). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubanerea/rca-2019/rca193i.pdf>

Considine, J., Jones, D., Pilcher, D., & Currey, J. (2017). Patient physiological status during emergency care and rapid response team or cardiac arrest team activation during early hospital admission. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 24(5), 359–365. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000375>

Costa, A., Preto, L., Barreira, I., Mendes, L., Lopes de Araújo, F., & Novo, A. (2020). Triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 96–101. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829>

Curtis, K., Brysiewicz, P., Shaban, R., Fry, M., Considine, J., Gamboa, F., Holden, M., Heyns, T., & Peden, M. (2020). Nurses responding to the World Health Organization (WHO) priority for emergency care systems for universal health coverage. *International emergency nursing*, 50, 100876. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100876>

Dantas, J., Vaz, R., Morais, R., & Verdasca, I. (2021). Revisão Narrativa sobre Choque na Sala de Emergência. *Acta Médica Portuguesa*, 34(6), 451–459. <https://doi.org/10.20344/amp.11704>

Departamento de Formação em Emergência Médica (DEFM). (2024). Manual Operações da Equipas de Emergência Pré-Hospitalar. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716974782.pdf>

Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República* n.º 153/2014, Série II. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

DeTurk, S., Reddy, S., Ng Pellegrino, A., & Wilson, J. (2019). Anaphylactic Shock. In Clinical Management of Shock - The Science and Art of Physiological Restoration. InTechOpen. <https://www.intechopen.com/chapters/68438>

Direção-Geral da Saúde (2010). Guia Geral Para A Elaboração De Um Plano De Emergência Das Unidades De Saúde. Orientação 007/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto>

Direção-Geral de Saúde (2018). Norma nº 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2019). Relatório Do Inquérito De Prevalência De Ponto Em Hospitais De Agudos Em Portugal – 2017. Inquérito de Prevalência de Ponto das infeções associadas aos cuidados de saúde e do uso de antimicrobianos nos hospitais europeus de cuidados de agudos em Portugal. Direção-Geral 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 (2022a). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Clientes 2021-2026. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-clientes-2021-2026-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022b). Norma nº 012/2022: Via Verde Trauma no Adulto. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2022c). Norma nº 022/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção-Geral da Saúde. (2022d). Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção-Geral da Saúde. normas.dgs.min-saude.pt

Direção-Geral da Saúde. (2022e). Norma nº 021/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Direção-Geral da Saúde. Drugeon, B., Pichon, M., Marjanovic, N., Mousse, S., Seguin, S., Raynaud, C., Rahoui, A., Frasca, D., Mimoz, O., & Guenezan, J. (2022). Peripheral venous catheter colonization after skin disinfection with 0.5% aqueous sodium hypochlorite, preceded or not by one application of 70% ethanol (DACLEAN): a single-centre, randomized, open-label, pilot study. *Journal of Hospital Infection*, 120, 123–126.

Dodd, A., Hughes, A., Sargant, N., Whyte, A. F., Soar, J., & Turner, P. J. (2021). Evidence updates for the treatment of anaphylaxis. *Resuscitation*, 163(163), 86–96. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.04.010>

Drugeon, B., Pichon, M., Marjanovic, N., Mousse, S., Seguin, S., Raynaud, C., Rahoui, A., Frasca, D., Mimoz, O., & Guenezan, J. (2022). Peripheral venous catheter colonization after skin disinfection with 0.5% aqueous sodium hypochlorite, preceded or not by one application of 70% ethanol (DACLEAN): a single-centre, randomized, open-label, pilot study. *Journal of Hospital Infection*, 120, 123–126. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.11.012>

Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*, 24(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>

European Society for Emergency Nursing. (2018). Competencies - European Society for Emergency Nursing. European Society for Emergency Nursing - Emergency Nurses Make the Difference. https://eusen.org/?page_id=1192

Entidade Reguladora da Saúde. (2024). Deliberação Do Conselho De Administração Da Entidade Reguladora da Saúde ERS/002/2024. In Entidade Reguladora da Saúde (pp. 1–38). https://ers.pt/media/xg4p4qel/vnc-ers_002_2024.pdf

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP). (2024). Guia de orientação estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II - Área de especialização à pessoa em situação crítica. (2024-2025). ESSNorteCVP.

Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M. & Viana, A. (2020). An analysis of Jean Watson’s theory according to Chinn and Kramer’s model. *Journal of Nursing Referência*, 5(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>

Feng, I-Jung., Lin, J.-W., Lai, C.-C., Cheng, K.-C., Chen, C.-M., Chao, C.-M., Wang, Y.-T., Chiang, S.-

- R., & Liao, K.-M. (2023). Comparative efficacies of various corticosteroids for preventing postextubation stridor and reintubation: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1135570>
- Gama, F. & Lopes, T. (2024). Sobrecarga nos serviços de urgência: um determinante significativo das infeções associadas aos cuidados de saúde. *Millenium -Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(ed. espec. nº17), e3791. <https://doi.org/10.29352/mill0217e.37916>
- Gaspar, Â., Santos, N., Faria, E., Câmara, R., Alves, R., Carrapatoso, I., Gomes, E., Pereira, A., Leão, L., Almeida, M., Delgado, L., Pedro, E., & Ferreira, M. (2019). Anafilaxia em Portugal: 10 anos de Registo Nacional da SPAIC 2007-2017. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 27(4). <https://doi.org/10.32932/rpia.2020.01.023>
- Glarcher, M., & Vaismoradi, M. (2024). A systematic integrative review of specialized nurses' role to establish a culture of patient safety: A modelling perspective. *Journal of advanced nursing*, 10.1111/jan.16105. Advance online publication. 1-15. <https://doi.org/10.1111/jan.16105>
- Golden, D., Wang, J., Wasserman, S., Akin, C., Campbell, R. L., Ellis, A., Greenhawt, M., Lang, D. M., Ledford, D., Lieberman, J., Oppenheimer, J., Shaker, M., Wallace, D., Abrams, E., Bernstein, J., Chu, D., Horner, C., Rank, M., Stukus, D., & Burrows, A. (2023). Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. *Annals of Allergy Asthma & Immunology*, 132(2). <https://doi.org/10.1016/j.anai.2023.09.015>
- Gradinarova, N. (2021). Leadership vs Management: understanding the key differences and similarities. *Knowledge International Journal*, 46(1): 155-161. <https://scispace.com/papers/leadership-vs-management-understanding-the-key-differences-gfslx dyfvx>
- Grupo Português de Triagem. (s.d.). O Sistema De Triagem De Manchester E As Vias Verdes Princípios Aplicáveis, Integração E Compatibilização De Metodologias De Trabalho. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Guerra, M., Jesus, É., & Araújo, B. (2022). Liderança e governação hospitalar: promoção da qualidade de cuidados num país envelhecido. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 255-266. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11328>
- Hicks, M. & Tyagi, A. (2023). Magnesium Sulfate. PubMed; StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119440/>
- Hill, B., & Mitchell, A. (2020). Hypovolaemic shock. *British Journal of Nursing*, 29(10), 557-560.
- Infarmed. (2018). Prontuário Terapêutico online. Infarmed.pt. <https://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=cloreto&x=0&y=0&rb1=0>

Infarmed. (2023). Infomed. Extranet.infarmed.pt.
<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2024a). Infomed. Extranet.infarmed.pt.
<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2024b). Infomed. Extranet.infarmed.pt.
<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2025). Infomed. Extranet.infarmed.pt.
<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

International Council of Nurses. (2025). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017a). CODU – Centro de Orientação de Clientes Urgentes. <https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-clienteclientes-urgentes/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017b). O que é uma Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV)? <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-ambulancia-de-suporte-imediato-de-vida-siv/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017c). O que é uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)? <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-viatura-medica-de-emergencia-e-reanimacao-vmer/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida (SAV) (7.ª ed.). Lisboa: INEM.

Khan, W., Safi, A., Muneeb, M., Mooghal, M., Aftab, A., & Ahmed, J. (2022). Complications of invasive mechanical ventilation in critically ill COVID-19 patients: A narrative review. *Annals of Medicine and Surgery*, 80, 104201. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104201>

Kalola, U. K., & Ambati, S. (2023). Budesonide. PubMed; StatPearls Publishing. Ljungbeck, B., Sjögren Forss, K., Finnbogadóttir, H., & Carlson, E. (2021). Content in nurse practitioner education - A scoping review. *Nurse education today*, 98, 104650. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33085348/>

Manici, M., Bambi, S., & Lucchini, A. (2022). Venturi mask is the pioneer of High-Flow Oxygen Therapy Concepts. *Infermieristica Journal*, 1(1), 7-9. <https://doi.org/10.36253/if-1668>

McLendon, K., & Sternard, B. T. (2023). Anaphylaxis. National Library of Medicine; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482124/>

Miranda, J. P. P., Almeida e Silva, M. D. D., Sousa, C., Magalhães, J., & Graça, L. C. C. (2024).

Suporte imediato de vida na pessoa em situação crítica: contributos da intervenção do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência, Série VI (3)*, 1-8. <https://doi.org/10.12707/RVI23.104.32703>

Mota, I., Pereira, A. M., Pereira, C., Tomaz, E., Ferreira, M. B., Sabino, F., Coelho, A., Santos, A., Martins, H., & Morais-Almeida, M. (2015). Abordagem e Registo da Anafilaxia em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 28(6), 1-11. <https://doi.org/10.20344/amp.6802>

Mrayyan, M., Abunab, H. Y., Khait, A. A., Rababa, M., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A., & Saraya, A. A. (2023). Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ open*, 13(6), e067352. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity* (M. Wakefield, D. Williams, S. Le Menestrel, & J. Flaubert, Eds.). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Regulamento n.º 128/2011. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 45, 4 de março de 2011. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Regulamento128_2011.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Ordem dos enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do colégio da Especialidade de Enfermagem médico-cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, de 16 de julho de 2018, pp. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de

2019, pp. 4747-4770. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro: Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, n.º 184, 128-155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para estágio e Relatório da componente clínica dos ciclos de estudo dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Ordem do Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Paredes, S., & Alves, M. (2016). Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia Induzida por Glicocorticóides. *Acta Médica Portuguesa*, 29(9), 556-563. <https://doi.org/10.20344/amp.7758>

Parreira, P., Marques, I., Santos-Costa, P., Sousa, L., Braga, L., Apóstolo, J., & Salgueiro-Oliveira, A. (2020). Flushing em cateteres venosos periféricos: um protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (No 1). <https://doi.org/10.12707/riv19066>

Pflipsen, M. & Vega Colon, K. (2020). Anaphylaxis: Recognition and Management. *American family physician*, 102(6), 355-362. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32931210/>

Poortaghi, S., Ebadi, A., Salsali, M., Raiesifar, A., Davoudi, N., & Pourgholamamiji, N. (2019). Significant influencing factors and practical solutions in improvement of clinical nursing services: a Delphi study. *BMC Health Services Research*, 20(1).

Portugal. (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Diário da República. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1&pagina

Potchileev, I., Doroshenko, M., & Mohammed, A. N. (2023). Positive Pressure Ventilation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560916/>

Pozza, D., Azevedo, L., & Castro Lopes, J. (2021). Pain as the fifth vital sign—A comparison between public and private healthcare systems. *PLOS ONE*, 16(11), e0259535. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259535>

Pranata A., Wulandari, C., Setiawathi, N., & Suryana, K. (2024). Anaphylaxis shock with laryngeal edema: a case report. *International Journal of Advances in Medicine*, 11(4), 389-393. <https://doi.org/10.18203/2349-3933.ijam20241634>

Ramos, O., Oliveira, R., Sá, J., Augusto, C., & Gomes, M. (2023). Influence of clinical leadership in nursing on the quality and safety of care: scoping review protocol. *RevSALUS*, 5(2). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i2.494>

Resuscitation Council UK. (2021). Emergency treatment of anaphylaxis Guidelines for healthcare

providers. Resuscitation Council UK.
https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2021-05/Emergency%20Treatment%20of%20Anaphylaxis%20May%202021_0.pdf

Righi, L., Migliorini, A., Trapassi, S., & Pinzi, M. (2024). La gestione dello shock anafilattico da parte di un mezzo di soccorso avanzato a leadership infermieristica: un case report. *Scenario® - Il Nursing Nella Sopravvivenza*, 41(4). <https://doi.org/10.4081/scenario.2024.602>

Rito, S., Ferreira, R., Marques, N., Frutuoso, A., & Baptista, R. (2024). Tempos de Resposta e Intervenções Extra-Hospitalar à Vítima de Trauma Major na Região Centro de Portugal: Um Estudo Retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 37(7-8), 526-534. [https://www.researchgate.net/publication/381896556_Tempos_de_Resposta_e_Intervencoes_Extra-](https://www.researchgate.net/publication/381896556_Tempos_de_Resposta_e_Intervencoes_Extra-Hospitalar_a_Vitima_de_Trauma_Major_na_Regiao_Centro_de_Portugal_Um_Estudo_Retrospectivo)

Sá, F. & Velez, M. (2021). Family care in the emergency department: nurses' lived experiences. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21007>

Santana, M., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>

Sapra, A., Malik, A., & Bhandari, P. (2023). Vital sign assessment. National Library of Medicine; StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553213/>

Schoeber, N, Linders, M., Binkhorst, M., De Boode, W., Draaisma, J., Morsink, M., Nusmeier, A., Pas, M., van Riessen, C., Turner, N. M., Verhage, R., Fluit, C., & Hogeveen, M. (2022). Healthcare Professionals' Knowledge of the Systematic ABCDE approach: a cross-sectional Study. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00753-y>

Serviços de Urgências RT 11/2015. Departamento de gestão da rede de serviços e recursos em saúde - Unidade de instalações e equipamentos. [efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf)

Sigmon, D. F., & An, J. (2022). Nasogastric Tube. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556063/>

Smith, N., Lopez R., & Silberman, M. (2023). Distributive Shock. Treasure Island; StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470316/>

Sobhan, N. (2024). An Overview of The Anatomy and Physiology of Respiration. *Eurasian journal of chemical medicinal and petroleum research*, 3(2): 499-514. <https://doi.org/EJCMPR/20241225>

- Sousa, E. & Lucas, P. (2022). A qualidade dos cuidados de enfermagem no ambiente de prática de enfermagem: revisão scoping. *Global Academic Nursing Journal*, 3(3). <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200267>
- Stavropoulou, A., Rovithis, M., Kelesi, M., Vasilopoulos, G., Sigala, E., Papageorgiou, D., Moudatsou, M., & Koukouli, S. (2022). What Quality of Care Means? Exploring Clinical Nurses' Perceptions on the Concept of Quality Care: A Qualitative Study. *Clinics and Practice*, 12(4), 468-481. <https://doi.org/10.3390/clinpract12040051>
- Shah, P., Kalra, S., Yadav, Y., Deka, N., Lathia, T., Jacob, J. J., Kota, S. K., Bhattacharya, S., Gadve, S. S., Subramaniam, K. A. V., George, J., Iyer, V., Chandratreya, S., Aggrawal, P. K., Singh, S. K., Joshi, A., Selvan, C., Priya, G., Dhingra, A., & Das, S. (2022). Management of Glucocorticoid-Induced Hyperglycemia. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 15, 1577-1588. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S330253>
- Sterling, M., Marlowe, C., Ashdown, P., Fairfax, R., Ashbury, V., Ashcombe, L., Hargrave, E., Whitcombe, S., Blackthorn, I., Pembroke, A., Holloway, B., Ashford, N., Kingsley, R., Ellsworth, M., Ravenscroft, T., Ashworth, P., Montague, J., Thorne, G., Abeyk, M., & Wrentham, H. (2025). The role of vital signs in triage and emergency medicine. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16937.51040>
- Struja, T., Neele Nitritz, Alexander, I., Kupferschmid, K., Hafner, J. F., Spagnuolo, C. C., Schuetz, P., Mueller, B., & Blum, C. A. (2024). Treatment of glucocorticoid- induced hyperglycemia in hospitalized patients - a systematic review and meta- analysis. *Clinical Diabetes and Endocrinology*, 10(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40842-023-00158-1>
- Tedla, B. & Hamid, A. (2022). Leadership in healthcare organizations. *International Journal of Health Sciences*, 6(S3), 733-746. researchgate. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6ns3.5427>
- Teixeira, S. L., Moutinho, P., Pinto, C. & Mota, L. (2024). Level of emotional intelligence in medical-surgical nursing specialist nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 15(3), 1158-1165. [10.15452/cejnm.2024.15.0014](https://doi.org/10.15452/cejnm.2024.15.0014)
- Ur-Rahman, S. J., Jahangir Chughtai, M., Khaliq, A., Mehmood, T., Liaqat, A., Ahsan, S., Pasha, I., Tanweer, S., Nadeem, M., & Tahir, A. (2021). Food-induced anaphylaxis: causes, risk factors and clinical management. *Food and Agricultural Immunology*, 32(1), 253-264. <https://doi.org/10.1080/09540105.2021.1911959>
- Valente, C., & Rosmaninho, I. (2019). Prurido crónico – Da etiologia ao tratamento. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 27(3), 219-232. <http://doi.org/10.32932/rpia.2019.07.017>
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129-135. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>

- Walter, J. M., Corbridge, T. C., & Singer, B. D. (2018). Invasive mechanical ventilation. *Southern Medical Journal*, 111(12), 746–753. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000905>
- Weingart, S. D., & Levitan, R. M. (2012). Preoxygenation and prevention of desaturation during emergency airway management. *Annals of Emergency Medicine*, 59(3), 165–175.
- Westerman, D., Bosschee, J., de Maat J., van der Niet, A., Frèrejean, J., van Merriënboer, J., & Stassen, P. (2023). Application of the ABCDE method by residents in clinical practice: a prospective observational study. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2946895/v1>
- Wilkinson-Stokes, M., Rowland, D., Spencer, M., Maria, S., & Colbeck, M. (2021). Care in the field: adult anaphylaxis for paramedics. *Australasian Journal of Paramedicine*, 18.
- Whyte, A., Soar, J., Dodd, A., Hughes, A., Sargant, N., & Turner, P. (2022). Emergency treatment of anaphylaxis: Concise clinical guidance. *Clinical Medicine*, 22(4), 332–339.
- World Health Organization. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021-2030. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2024). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (11^a ed.) <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#1868068711>

8. ANEXOS

Anexo I

 REPÚBLICA PORTUGUESA		 SNS SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	TIPO DE DOCUMENTO: PROTOCOLO
				CÓDIGO DO DOCUMENTO: PT.DC.002.00
NOME: Anafilaxia – Abordagem Clínica				
ELABORADO POR: Neuza Maia,		PARECER DE:		
REVISTO POR:		APROVADO POR: Conselho de Administração		
DATA: agosto 2025		Reunião de C.A. N.º 115 de 21/08/2025 Deliberação: APPROVADO. DIVULGAR		
DATA PREVISTA DA PRÓXIMA REVISÃO: 2028				
RESPONSÁVEL: Direção Clínica e Direção de Enfermagem		Doc. Revogados:		

CQSD
Analisado
19.08.2025

Palavras Chave

Angioedema; Anafilaxia; Dificuldade Respiratória; Hipotensão; Choque; Segurança do Doente.

Objetivo

Uniformizar as práticas clínicas relativas ao reconhecimento precoce, tratamento imediato e seguimento da pessoa com anafilaxia, na Unidade Local de Saúde (ULS).

Âmbito

Aplica-se a todos os médicos e enfermeiros da ULS

Documentos de Referência

- Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Norma n.º 002/2012 de 04/07/2012 – Registo de alergias e/ou outras reações adversas*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/registo-de-alergias-e-outras-reacoes-adversas.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2012b, dezembro 16; atualizada a 2014, dezembro 18). *Norma n.º 014/2012 – Anafilaxia: Abordagem clínica*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/anafilaxia_abordagem-clinica.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012c; atualizada a 2014, dezembro 18). *Norma n.º 004/2012 – Anafilaxia: Registo e encaminhamento*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/anafilaxia_registo-e-encaminhamento.pdf
- Lockey, R. (2019, fevereiro 11). *Anaphylaxis*. World Allergy Organization. <https://worldallergy.org/component/content/article/anaphylaxis-lockey-r-updated-2019?catid=16&Itemid=101>
- Muraro, A., Worm, M., Alviani, C., Cardona, V., DunnGalvin, A., Garvey, L. H., Riggioni, C., de Silva, D., Angier, E., Arasi, S., Bellou, A., Beyer, K., Bijlhou, D., Bilò, M. B., Bindslev-Jensen, C., Brockow, K., Fernandez-Rivas, M., Halken, S., Jensen, B., Khaleva, E., ... European Academy of Allergy and Clinical Immunology, Food Allergy, Anaphylaxis Guidelines Group. (2022). EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*, 77(2), 357–377. <https://doi.org/10.1111/all.15032>
- Pongdee, T., & Castells, M. (2022). Elevated tryptase: Conditions and pitfalls. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 10(9), 2436–2437. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2022.06.028>

Definições e Abreviaturas

A **anafilaxia** é uma emergência médica, potencialmente fatal, que requer intervenção médica imediata. O seu rápido reconhecimento e tratamento são fundamentais para reduzir a morbilidade e a mortalidade associadas, sendo essencial que todos os profissionais de saúde estejam familiarizados com o diagnóstico e a abordagem inicial (Muraro et al., 2022).

Trata-se de uma reação de hipersensibilidade imediata, generalizada, resultante da ativação e desgranulação de mastócitos e basófilos, com libertação de mediadores inflamatórios como a histamina. Esta resposta ocorre na sequência do contacto com um alérgeno ou agente causal ao qual o indivíduo se encontra previamente sensibilizado (Lockey, 2019).

A administração precoce de **adrenalina intramuscular (IM)** é a medida terapêutica de primeira linha (Pongdee & Castells, 2022).

A **anafilaxia refratária** define-se como uma situação clínica em que os sintomas de anafilaxia persistem após a administração adequada de três ou mais doses de adrenalina IM, associada a tratamento de suporte, nomeadamente a administração de cristaloides intravenosos e oxigenoterapia. Nestes casos, pode ser necessário iniciar perfusão contínua de adrenalina por via endovenosa (EV). Esta condição representa uma emergência crítica e constitui indicação formal para admissão em unidade de cuidados intensivos (nível III), dada a necessidade de vigilância contínua e suporte avançado de vida (Muraro et al., 2022; Pongdee & Castells, 2022).

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

DGS – Direção-Geral da Saúde

EV – Endovenosa

IET – Intubação endotraqueal

IM – Intramuscular

L/min – Litro por minuto

mcg/kg/min – Micrograma por quilograma por minuto

mg – Miligrama

mg/ml – Miligrama por mililitro

mg/kg – Miligrama por quilograma

mg/kg/dia – Miligrama por quilograma por dia

ml/h – Mililitro por hora

ml/kg – Mililitro por quilograma

SF – Soro fisiológico

ULSRA – Unidade Local de Saúde

Descrição

A anafilaxia é uma emergência médica com risco iminente de morte, exigindo uma atuação clínica célere e eficaz. Esta secção descreve os principais sinais e sintomas da anafilaxia, orientações para o diagnóstico clínico, abordagem terapêutica imediata, critérios para identificação de anafilaxia refratária, medidas de vigilância e seguimento após o episódio, e indicações para a operacionalização do procedimento na prática clínica, de forma a garantir a segurança da pessoa e a uniformização dos cuidados prestados.

✓ Sinais e sintomas de anafilaxia

As manifestações clínicas de anafilaxia são variadas e podem afetar múltiplos órgãos, refletindo o seu caráter sistémico:

- Pele e mucosas: calor, rubor, prurido, urticária, angioedema;
- Vias respiratórias superiores e inferiores: obstrução da via aérea por edema da língua, orofaringe ou laringe, rouquidão/disfonia, rinite, espirros, congestão nasal, rinorreia, tosse, dificuldade respiratória, pieira, broncospasmo;
- Sistema cardiovascular: palpitações, taquicardia, disritmias, dor torácica, hipotensão, choque;
- Sistema digestivo: prurido orofaríngeo, edema dos lábios e língua, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, hiperperistaltismo com urgência ou incontinência fecal;
- Olhos: edema palpebral, conjuntivite, lacrimejo;
- Útero e bexiga: cólicas uterinas, urgência ou incontinência urinária.

Os sintomas mais graves, como hipotensão, choque, dificuldade respiratória e perda de consciência, podem surgir rapidamente e atingir o pico de gravidade nos primeiros 30 minutos após o contacto com o agente causal. A morte pode ocorrer em minutos.

Em cerca de 20% dos casos, ocorre uma resposta bifásica, com reaparecimento dos sintomas entre 1 a 8 horas após o evento inicial. Esta resposta tardia, geralmente menos grave, justifica a necessidade de vigilância clínica contínua após estabilização.

✓ Diagnóstico

O diagnóstico de anafilaxia é clínico, baseado nos critérios da *World Allergy Organization*, adaptados na Norma n.º 014/2012 da DGS. O Quadro 1 apresenta esses critérios de diagnóstico.

Critérios de diagnóstico (de acordo com as recomendações da World Allergy Organization)		
Deve considerar-se anafilaxia como muito provável quando exista uma reação sistémica grave, na presença de pelo menos 1 dos 3 critérios clínicos seguintes:		
I Início súbito (minutos a horas) de reação com envolvimento da pele e/ou mucosas (urticária, enitema ou prurido generalizado, edema dos lábios, da língua ou da úvula) e, pelo menos, um dos seguintes: a) Compromisso respiratório – dispneia, sibilância / broncospasmo, estridor, diminuição do FEV1 ou PEF, hipoxemia b) Hipotensão ou sintomas associados de disfunção de órgão terminal – hipotonia [colapso], síncope, incontinência	II Ocorrência de 2 ou mais dos seguintes, de forma súbita, após exposição a um alérgeno provável para aquele doente (minutos a algumas horas): a) Envolvimento da pele e/ou mucosas – urticária, enitema ou prurido generalizado, edema dos lábios, da língua ou da úvula b) Compromisso respiratório – dispneia, sibilância / broncospasmo, estridor, diminuição do FEV1 ou PEF, hipoxemia c) Hipotensão ou sintomas associados (por exemplo, hipotonia [colapso], síncope, incontinência) d) Sintomas gastrointestinais – cólica abdominal, vômitos	III Hipotensão após exposição a um alérgeno conhecido para aquele doente (minutos a algumas horas): Adultos, pressão arterial sistólica <90mmHg ou diminuição do valor basal do doente superior a 30% Lactentes e crianças: pressão arterial sistólica reduzida [<1 ano <70mmHg 1-10 anos <70mmHg*(2x idade) 11-17 anos <90mmHg] ou diminuição da pressão arterial sistólica superior a 30%

FEV1 – Volume Expiratório Máximo no 1º segundo (forced expiratory volume in 1 second), PEF – Débito Expiratório Máximo Instantâneo (Peak Expiratory Flow)

Quadro 1: Critérios de diagnóstico de anafilaxia (Norma n.º 014/2012, DGS).

A presença e rápida progressão de sintomas como dificuldade respiratória (estridor, pieira, dispneia, aumento do trabalho respiratório, cianose), vômitos, dor abdominal, hipotensão, disritmia, dor torácica ou colapso, são considerados sinais de alarme que requerem atuação imediata para evitar um desfecho fatal.

✓ **Abordagem imediata da anafilaxia**

O reconhecimento precoce e a abordagem atempada são essenciais para prevenir a progressão para paragem cardiorrespiratória. A abordagem inicial deve contemplar os seguintes passos:

1. Interromper de imediato a exposição ao agente causal, sempre que possível (exemplo: suspender infusões de fármacos e meios de radiocontraste, aplicar torniquete proximal ao local da injeção ou picada de inseto, entre outros).
2. Chamar ajuda.
3. Administrar adrenalina por via intramuscular (IM).
A adrenalina é o fármaco de primeira linha na anafilaxia, não existindo contraindicações absolutas à sua administração neste contexto.
Deve ser administrada uma solução aquosa 1:1000 (1 mg/ml), IM, preferencialmente na face ântero-lateral da coxa.
A dose recomendada é de 0,01 mg/kg, até ao máximo de 0,5 mg.
 - o Adultos: 0,5 mg (ou 0,3 mg se peso inferior a 50 kg);
 - o Crianças: 0,15 mg se idade < 6 anos; 0,3 mg entre 6 e 12 anos; 0,5 mg se idade > 12 anos.

Se ausência de resposta clínica, repetir a cada 5 minutos, até máximo de 3 doses.

4. Posicionar adequadamente o doente: decúbito dorsal com membros inferiores elevados (*Trendelenburg*). Se houver vômitos ou dispneia, privilegiar posição de conforto. Grávidas devem ser colocadas em decúbito lateral esquerdo.
5. Abordagem do doente seguindo a metodologia ABCDE:

A. Airway – Via aérea

Garantir a permeabilidade da via aérea é fundamental. Sempre que necessário, deve proceder-se ao reposicionamento da cabeça e do pescoço, bem como à remoção de corpos estranhos visíveis. Quando clinicamente indicado, poderá ser utilizada uma cânula de Guedel, com o objetivo de prevenir a obstrução da via aérea superior pela queda da língua e facilitar a ventilação.

Na presença de estridor, voz abafada ou rouquidão súbita, edema significativo da língua/orofaringe ou sinais de dificuldade respiratória, deve ser considerada intubação endotraqueal (IET) emergente. Nestes casos, é previsível uma via aérea difícil, devendo o procedimento ser realizado pelo médico mais experiente, com recurso preferencial a videolaringoscopia. Se necessário, deve ser solicitada de imediato a colaboração da Anestesiologia ou Otorrinolaringologia.

Em situações de falência iminente da via aérea e impossibilidade de intubação, deve ser ponderada cricotirotomia de emergência.

B. Breathing – Respiração

Avaliar a eficácia da ventilação, através do padrão e frequência respiratória, presença de pieira, cianose e utilização de músculos acessórios. Administrar oxigénio suplementar a alto débito (15 L/min) através de máscara com reservatório, de modo a manter a saturação periférica de oxigénio $\geq 95\%$.

Na presença de broncospasmo refratário à adrenalina IM, considerar nebulização com 2,5 a 5 mg de salbutamol em 3 ml de soro fisiológico (SF) ou 2 a 3 inalações de solução pressurizada de salbutamol com câmara expansora.

C. *Circulation* – Circulação

Iniciar monitorização contínua com eletrocardiograma, pressão arterial, frequência respiratória e oximetria de pulso. Avaliar o tempo de enchimento capilar e a perfusão periférica. A hipotensão é comum em anafilaxia grave, exigindo intervenção rápida.

Estabelecer dois acessos venosos periféricos de grande calibre (14G–16G). Iniciar a administração de fluidos com cristaloide isotónico a 125 ml/h. Na presença de hipotensão refratária à adrenalina IM, administrar bólus rápido de 1 a 2 litros de cristaloide balanceado. Nas situações de choque refratário à administração de adrenalina IM e à ressuscitação volémica ponderar início de perfusão contínua de adrenalina EV (preparar 5 mg de adrenalina em 50 ml de SF; iniciar a 0,1 mcg/kg/min, titulando cada 2 a 3 minutos até estabilização hemodinâmica).

Considerar doseamento de triptase sérica, idealmente com recolha de três amostras: logo que possível após o início do tratamento, 1 a 2 horas após o início dos sintomas e uma terceira no momento da alta ou em consulta posterior.

D. *Disability* – Avaliação neurológica

Avaliar o estado de consciência com base na Escala de Coma de Glasgow e monitorizar alterações neurológicas. Avaliar a glicemia capilar.

E. *Exposure* – Exposição e exame completo

Proceder à exposição do doente para observação de sinais mucocutâneos típicos de anafilaxia, como urticária, eritema ou angioedema. Considerar administração de anti-histamínicos, como a **clemastina** 2 mg EV. Garantir a manutenção da temperatura corporal durante a exposição.

6. Considerar corticoterapia adjuvante com **metilprednisolona** na dose de 1–2 mg/kg/dia durante 1 a 2 dias (a sua suspensão não requer desmame). O início de ação é tardio, ocorrendo apenas várias horas após a administração, pelo que não tem efeito nos sintomas iniciais. No entanto, pode ser útil na prevenção de reações bifásicas e de reações tardias que ocorrem em alguns casos de anafilaxia.
7. Em doentes medicados com betabloqueadores, está indicada a administração de **glucagon**, em bólus EV lento de 1 a 5 mg ao longo de 5 minutos, como forma de contornar a potencial resistência à adrenalina.

✓ **Anafilaxia refratária**

Em doentes com hipotensão sustentada apesar da **administração de adrenalina IM e/ou início de perfusão EV** e da adequada reposição volémica, deve ser considerada a associação de vasopressor não adrenérgico, como a argipressina. Nos casos mais graves e refratários a todas as medidas, deve ser ponderada a elegibilidade do doente para ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*).

✓ **Vigilância e Acompanhamento após episódio de anafilaxia**

Após resolução clínica, o doente deve permanecer em vigilância por um período entre 6 a 24 horas, devido ao risco de ocorrência de uma reação bifásica, caracterizada por agravamento tardio dos sintomas.

No momento da alta, deve ser transmitida informação clara e completa sobre anafilaxia, incluindo medidas preventivas e procedimentos a adotar em caso de nova reação.

É obrigatória a prescrição de um dispositivo autoinjeter de adrenalina, devendo ser garantida educação quanto à sua correta utilização, com demonstração prática e revisão posterior da técnica de uso. O doente deve ser alertado para a importância do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de anafilaxia, bem como para a necessidade de transporte contínuo do autoinjeter e a sua utilização imediata perante os primeiros sintomas.

Deve ser efetuado o registo da ocorrência no Catálogo Português de Alergias e Outras Reações Adversas (CPARA), pelo médico responsável durante o episódio de urgência ou posteriormente na consulta de Imunoalergologia, independentemente de o agente causal ter sido ou não identificado (Norma n.º 002/2012, de 04/07/2012, DGS).

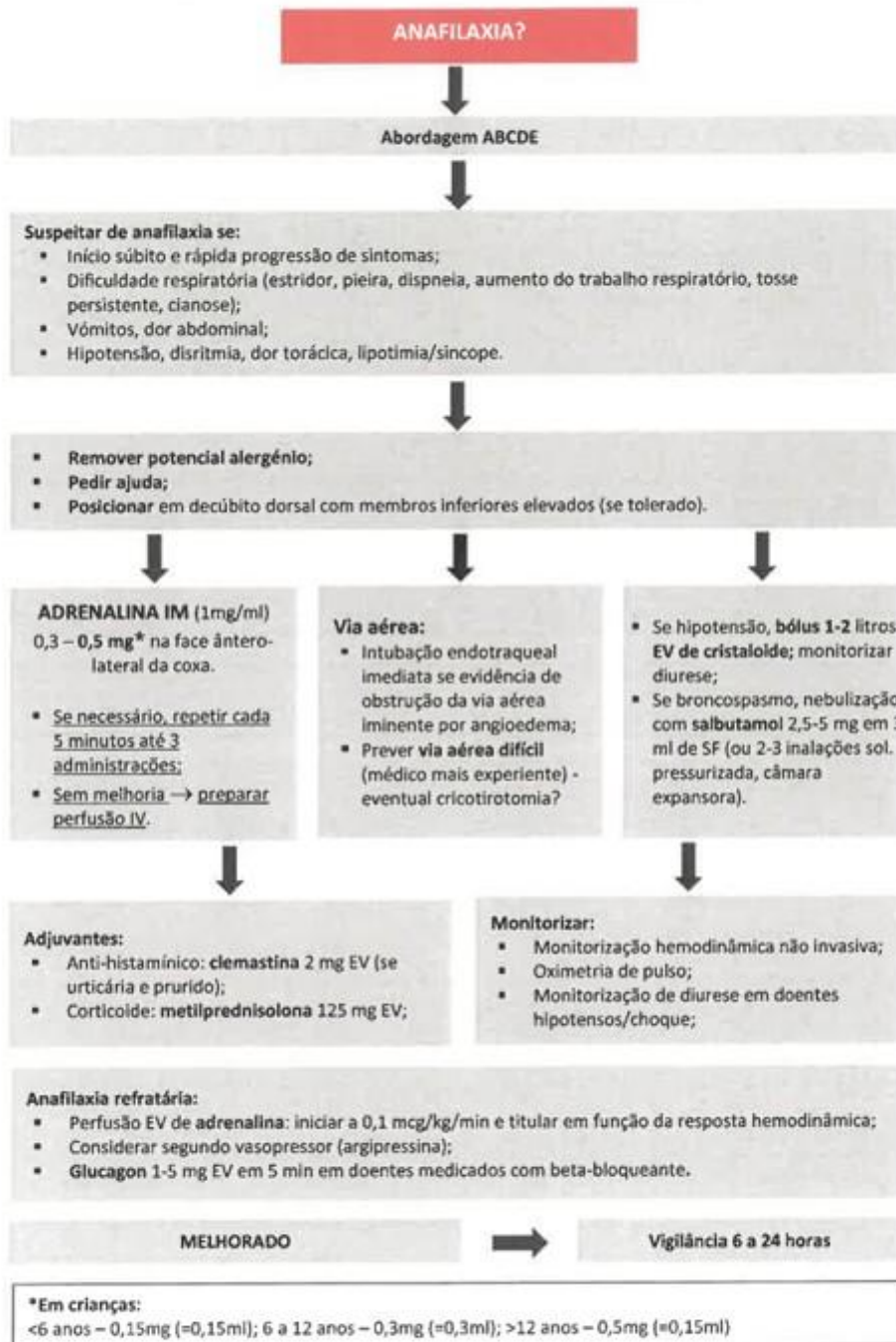
Deve ser efetuado o encaminhamento para consulta de Imunoalergologia, onde será realizada a confirmação do diagnóstico e orientação clínico-terapêutica, conforme disposto na Norma n.º 004/2012, atualizada a 18/12/2014, da DGS. Os médicos especialistas em Imunoalergologia validam a etiologia da anafilaxia, reforçam a capacitação da pessoa para a autoadministração de adrenalina, promovem a educação sobre a evicção de alérgenos e descartam qualquer condição subjacente, como a mastocitose, que possa predispor a novos episódios.

✓ Operacionalização do protocolo

Para facilitar a aplicação prática deste protocolo, apresenta-se na página final um fluxograma de consulta rápida. Este instrumento sintetiza os principais passos da abordagem à anafilaxia, permitindo uma atuação clínica rápida, segura e padronizada pelos profissionais de saúde.

Responsabilidades

Médicos e Enfermeiros da ULS



Anexo II

DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Neuza Diana Oliveira Maia dos Santos**, Enfermeira, com o número de identificação n.º 12404248, participou, na qualidade de **formadora**, na ação de formação em serviço para os enfermeiros da equipa de enfermagem do meio de Suporte Imediato de Vida de Águeda subordinada ao tema "**Fármacos introduzidos nos novos protocolos de SIV**" com a duração total de 2 horas, que decorreu no dia 24 de outubro de 2024, nas instalações do Hospital de Águeda (Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro).

Por ser verdade se passa a presente declaração que vai por mim assinada.

Coimbra, 09 de outubro de 2025

O Enfermeiro Gestor

Assinado por: **Pedro Miguel Afonso Mateus**
Num. de identificação: 11387938
Data: 2025.10.09 12:49:16+01'00'

