



**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na  
área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**Pessoa pós reanimação cardiorrespiratória:  
Intervenção especializada de enfermagem**

Person after cardiopulmonary resuscitation:  
Specialized nursing intervention

**Susana Cristina dos Santos Pinto**



**Lisboa  
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na  
àrea de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**  
Relatório de Estágio

**Pessoa pós reanimação cardiorrespiratória:  
Intervenção especializada de enfermagem**

Person after cardiopulmonary resuscitation:  
Specialized nursing intervention

**Susana Cristina dos Santos Pinto**

---

Orientador: Professor Filipe Alexandre Morgado Ramos

---

**Lisboa**  
**2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“De tudo ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos sempre a começar...  
A certeza de que é preciso continuar...  
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...  
Façamos da interrupção um caminho novo,  
Da queda, um passo de dança,  
Do medo, uma escada,  
Do sonho, uma ponte,  
Da procura...um encontro”.

Fernando Sabino

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Filipe Ramos, pela orientação, disponibilidade, exigência e pragmatismo neste percurso de crescimento e construção. Obrigado pela prontidão de resposta.

A todos os enfermeiros dos locais de estágio, pela excelente recepção e partilha de conhecimentos que substanciaram o meu percurso, em especial às enfermeiras orientadoras, que se dedicaram e enriqueceram o meu percurso académico.

Às minhas **Colegas de trabalho** e **Companheiras de Mestrado**, pelo companheirismo, apoio, horas e experiências vividas.

Aos meus chefes de serviço, pelo apoio, confiança e disponibilidade contínua.

Aos meus queridos **Pais, Irmãos, Sobrinhos**, e **Tios** pelo amor incondicional, apoio, confiança e suporte especialmente neste percurso ambíguo e momentos de maior dificuldade. A vossa presença e apoio foi fundamental.

Às minhas queridas **Parceiras/Amigas** da vida-por todo o apoio, incentivo e as palavras de conforto, que me proporcionaram muita coragem e dedicação a cada passo.

Às pessoas a quem prestei cuidados, pelo carinho, confiança e amizade proporcionados diariamente.

A ti pelo amor, companheirismo, luz, carinho e confiança nesta jornada. Agradeço pelo suporte nos momentos de maior cansaço, horas de desânimo e semanas difíceis.

Especialmente à minha doce flor **Rita**, pela presença permanente neste percurso, e por manter-me firme perante as dificuldades que surgiram.

A todos o meu Muito Obrigada!

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**AESP**- Atividade Elétrica sem Pulso

**AHA**- *American Heart Association*

**APA**- Atendimento Permanente de Adultos

**AVC**- Acidente Vascular Cerebral

**DAE**- Desfibrilhador Automático Externo

**DGS**- Direção Geral de Saúde

**ECMO**- *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

**ECPR**- *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

**ESEL**- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**ERC**- *European Resuscitation Council*

**EOT**- Entubação Orotraqueal

**GCCT**- Gabinete Coordenador de Colheita e transplantação

**GCS**- *Glasgow*

**IACS**- Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**INEM**- Instituto Nacional de Emergência Médica

**LUCAS**- *Lund University Cardiac Assist System*

**OE**- Ordem dos Enfermeiros

**PAM**- Pressão Arterial Média

**PCR**- Paragem Cardiorrespiratória

**PICS**- *Post-Intensive Care Syndrome*

**PNSD**- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

**PSC**- Pessoa em Situação Crítica

**RASS**- *Richmond Agitation- Sedation Scale*

**RCE**- Recuperação da Circulação Espontânea

**RCR**- Reanimação Cardiorrespiratória

**RENDA**- Registo Nacional de Não Dadores

**REPE**- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RIL**- Revisão integrativa da Literatura

**SAV**- Suporte Avançado de Vida

**SBV**- Suporte Básico de Vida

**SIV-** Suporte Imediato de Vida

**SIEM-** Sistema Integrado de Emergência Médica

**SNS-** Serviço Nacional de Saúde

**SO-** Sala de Observação

**SpO<sub>2</sub>-** Saturação Periférica de Oxigênio

**SU-** Serviço de Urgência

**SUP-** Serviço de Urgência Polivalente

**UCI-** Unidade de Cuidados Intensivos

**VMER-** Viatura Médica de Emergência e Reanimação

**VMI-** Ventilação Mecânica Invasiva

**VV-** Via verde

## Resumo

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é a terceira principal causa de morte na Europa, com uma incidência anual extra-hospitalar entre os 67-170 em cada 100.00 habitantes, onde apenas 50-60% dos casos de reanimação são iniciados ou conduzidos por uma equipa de emergência, e apenas 8% das vítimas sobrevivem após a alta hospitalar. Assim, os cuidados pós-PCR são essenciais na intervenção imediata às vítimas, a fim de prevenir a síndrome pós-PCR e restaurar as funções cardíacas e respiratórias, evitando potenciais sequelas e garantindo a neuroprotecção.

O presente relatório, tem como objetivo apresentar uma análise descritiva e fundamentada do percurso no desenvolvimento de competências, como futura enfermeira mestre e especialista na área da PSC. O estágio foi realizado em três contextos clínicos distintos, que permitiram a mobilização dessas competências, complementando com a realização de uma revisão integrativa da literatura, que fundamenta as intervenções especializadas de enfermagem nos cuidados pós reanimação cardiorrespiratória.

Este percurso foi norteado pelos referenciais teóricos Vigilance, the essence of Nursing descrito por Geralyn Meyer e Mary Ann Lavin (2005) e Technological nursing as caring descrito por Rozzano Locsin (2005), que exigem conhecer e utilizar os meios tecnológicos adequadamente para garantir cuidados precisos, e garantindo uma vigilância eficiente e avançada.

Este percurso revelou-se enriquecedor pela possibilidade de reflexão crítica, perante os diversos conhecimentos teóricos inerentes à prestação de cuidados, uma vez que permitiu o desenvolvimento de competências do grau de mestre e para uma prática especializada de enfermagem.

**Palavras-chave:** Cuidados pós reanimação cardiorrespiratória; enfermagem de cuidados críticos; neuroprotecção; paragem cardiorrespiratória; síndrome pós paragem cardiorrespiratória.

## **Abstract**

Cardiac arrest (CPA) is the third leading cause of death in Europe, with an annual incidence of out-of-hospital CPA between 67-170 per 100,000 inhabitants, where only 50-60% of resuscitation cases are initiated or managed by an emergency team, and only 8% of victims survive after hospital discharge. Therefore, post-cardiac arrest care is essential in the immediate intervention of victims, in order to prevent syndrome post cardiac arrest and restore cardiac and respiratory functions, avoiding potential sequelae and ensuring neuroprotection.

This report aims to present a descriptive and well-founded analysis of the path to developing skills as a future master nurse and specialist in critically ill patients. In this way, I present three distinct clinical contexts, which allowed the mobilization of these skills, complemented by carrying out an integrative review of the literature, which supports specialized nursing interventions in post-cardiopulmonary resuscitation care.

This path was guided by theoretical frameworks: Vigilance: The Essence of Nursing described by Geralyn Meyer and Mary Ann Lavin (2005) and Technological Competency as Caring in Nursing described by Rozzano Locsin (2005), which requires knowing and using the means technologies developed to guarantee precise care, guaranteeing efficient and advanced surveillance.

This path proved to be enriching due to the possibility of critical reflection, given the diverse theoretical knowledge inherent to the provision of care, as it allowed the development of skills for specialized nursing practice that included a master's degree.

**Key words:** Post-cardiorespiratory resuscitation care; critical care nursing; neuroprotection; Cardiac arrest; post-cardiorespiratory arrest syndrome.

# Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	18
1.1 Cuidar da pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória .....	19
1.2 Intervenção especializada de enfermagem nos cuidados pós reanimação cardiorrespiratória.....	21
1.3 Perspetiva teórica nos cuidados especializados de enfermagem pós reanimação cardiorrespiratória.....	30
<b>2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b>	
36	
2.1 Intervenção Especializada de Enfermagem no Serviço de Urgência Polivalente.....	38
2.2 Intervenção Especializada de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos .....	54
2.3 Intervenção Especializada de Enfermagem no Instituto Nacional de Emergência Médica- Suporte Imediato de Vida.....	68
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	75
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78

## APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da RIL

Apêndice II – Cronograma Curricular

Apêndice III- Guia de diluições de fármacos Urgentes na Reanimação

## ANEXOS

Anexo I- Algoritmo Circular de PCR para adultos

Anexo II- Algoritmo dos Cuidados Pós-PCR

Anexo III- Certificado de Participação no Webinar “Decidir para cuidar- Tomada de Decisão em Enfermagem”

Anexo IV- Certificado de presença no encontro de “Multiculturalidade em Enfermagem - desafios e oportunidades”

Anexo V- Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida

Anexo VI- Certificado do Curso *Advanced Trauma care for Nurses*

Anexo VII- Certificado de participação no plano de emergência externa e emergência interna do SU

Anexo VIII- Certificado de participação no webinar “ A família na transição saúde-doença- Intervenção de Enfermagem”

Anexo IX- Certificado de presença nas Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva

Anexo X- Certificado de presença no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023

Anexo XI- Apresentação do Gabinete Coordenador de Colheitas e Transplantação

Anexo XII- Certificado de participação no *I International webinar-“Master’s degree in medical- surgical nursing in the área of nursing for the critically ill person”*

Anexo XIII- Certificado de participação no webinar “Gestão e liderança em enfermagem médica e catástrofe”

Anexo XIV- Certificado de presença na iniciativa Reuniões de emergência médica

## Índice de Imagens

<b>Figura 1.</b> Cadeia de sobrevivência em contexto extra-hospitalar (AHA, 2020). .....	20
<b>Figura 2.</b> Cadeia de sobrevivência em contexto intra-hospitalar (AHA, 2020). .....	20
<b>Figura 3.</b> Mapa concetual.....	27

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Intervenções de enfermagem nos Cuidados pós-RCR. ....	29
--	----

## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio, é o culminar de um percurso que visa aprimorar o desenvolvimento de competências preconizadas pelos descritores de Dublin, que qualificam a aquisição do grau de Mestre, de acordo com o Decreto-lei n.º 65/2018 (Decreto-lei n.º 65/2018, 2018) na área de especialização em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019), área específica de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) (Regulamento n.º 429/2018, 2018), conferida pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório definido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A estrutura do presente relatório explana todo o processo de aprendizagem de aquisição e desenvolvimento de competências, com progressão em cinco níveis respeitantes ao nível de perito, onde este se apresenta com uma vasta experiência que proporciona uma compreensão de forma intuitiva apreendendo diretamente o problema conforme delineado no Modelo de *Dreyfus* aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (2001). Verifica-se assim, a progressão do enfermeiro com um processo multidimensional com base na análise e reflexão sustentadas na prática, perante as diversas experiências vivenciadas face aos objetivos propostos. Estes incluem a capacidade de aplicar as normas teóricas apreendidas na prática, a mudança de paradigma do pensamento individualizando em cada situação e o aumento gradual da participação na realização de tarefas passando da observação exclusiva até à sua execução (Benner, 2001). De acordo com o autor supracitado: "...quando os peritos podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis" (p. 27).

Ao longo da minha experiência profissional no serviço de Medicina Interna e no Atendimento Permanente de Adultos (APA), senti que necessitava de melhorar e aprofundar conhecimentos, assim como os cuidados prestados à PSC, o que aumentou a minha motivação e procura constante na área de urgência e cuidados intensivos. O enfermeiro deve apresentar autonomia e competências para refletir na prática, baseando-se na evidência, por forma a traduzir capacidade de responder às necessidades

biopsicossociais da pessoa a longo prazo. Neste sentido constatei que na minha experiência profissional ocorreram inúmeros casos de cuidados à pessoa vítima de PCR, o que direcionou e motivou o meu interesse nos cuidados prestados à pessoa após a Recuperação da Circulação Espontânea (RCE). Surgiu assim, um interesse incessante de incrementar a melhoria na qualidade dos cuidados prestados e consequente reflexão sobre a atuação que o enfermeiro irá proporcionar à pessoa, permitindo um *outcome* satisfatório após a alta hospitalar nestes casos específicos.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo e em Portugal (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2021). A PCR é uma emergência cardiovascular de grande prevalência que abrange uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América, que assim se reflete entre 55 a 113 pessoas /100.000 habitantes, com uma estimativa de 350.000-700.000 pessoas afetadas por ano, apenas na União Europeia (INEM, 2021). De acordo com o INEM (2021) e segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2021), estima-se que anualmente em Portugal, 10.000 pessoas sejam vítimas de morte súbita, e apenas 10% apresentam hipóteses de sobreviver a cada minuto que prossegue após o episódio de PCR. De forma a evitar uma deterioração precoce, a *American Heart Association* (AHA) (AHA, 2020), apresentou um algoritmo que inclui os cuidados pós-PCR e a recuperação da pessoa. Podemos verificar que perante a cadeia de sobrevivência, existe um maior destaque referente ao alerta precoce da PCR, o início imediato das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV), o Suporte Avançado de Vida (SAV), a desfibrilhação precoce, e por fim um menor foco nos cuidados pós Reanimação Cardiorrespiratória (RCR), mas que irá garantir a sobrevivência da pessoa bem como a prevenção de futuras sequelas posteriormente à situação crítica.

Assim, investigar, aprofundar e desenvolver a qualidade dos cuidados pós RCR, é fundamental para o contributo da sobrevivência e da estabilidade da pessoa, o que torna premente direcionar e fomentar um olhar mais atento do enfermeiro especialista na atuação deste elo da cadeia de sobrevivência, ou seja, os cuidados pós-reanimação e consequentemente a recuperação da pessoa, que envolve as necessidades dos cuidados especializados e que mantém a metáfora de qualquer RCR: a cadeia em si não é mais forte que o seu elo mais fraco (AHA, 2020; Sudden Cardiac Arrest Foundation, 2024). Tendo ainda por base o meu interesse pessoal e profissional, e de forma a garantir o

desenvolvimento/aquisição de competências preconizado anteriormente, direcionei o meu percurso na evidência científica com a elaboração do presente relatório intitulado: **“Pessoa pós reanimação cardiorrespiratória: Intervenção especializada de enfermagem”**, que envolve cuidados prestados, monitorização e meios de diagnóstico sofisticados que garantem intervenções adequadas à PSC.

Neste sentido, a abordagem à pessoa pós RCR implica a vigilância através de meios tecnológicos e como tal, a temática em estudo será suportada no referencial teórico *Vigilance, the essence of Nursing* descrito por Meyer & Lavin (2005), que abrange a primordialidade da vigilância na prática de enfermagem indissociável com um ambiente altamente tecnológico, que permite uma abordagem multimodal da pessoa através de um segundo referencial teórico, *Technological Competency as Caring in Nursing* (Locsin, 2013) que nos proporciona meios altamente diferenciados o que garante uma adequada vigilância e segurança no ato de cuidar.

Com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem que minimizam as complicações da PSC pós RCR, o presente relatório contempla a realização de estágios com a finalidade de adquirir e desenvolver as competências propostas para a aquisição do grau de mestre e especialista nos cuidados à PSC e à família. Assim, o percurso foi desenvolvido e dividido em três contextos distintos de cuidados: Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e pré-hospitalar nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), o que permitiu a consolidação dos conhecimentos pré-existentes na área em estudo, assim como, a aquisição de novos conhecimentos.

Segundo Lopes (2001, p. 66), “...a excelência no exercício da prática só se consegue participando dela. Jamais se começa como perito”, pelo que a definição de objetivos é fundamental para iniciar o percurso e atingir os níveis de competência pretendidos. Tendo em conta a problemática supramencionada e de modo a cursar um caminho de aquisição e desenvolvimento de competências, delimito o seguinte objetivo geral:

❖ **Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa e família em contexto de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto pré-hospitalar, SUP e em UCI.**

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em quatro capítulos, iniciando-se pela introdução, que remete o enquadramento teórico do relatório, o tema abordado e as razões implícitas à escolha do mesmo, bem como as competências e os objetivos a desenvolver. Seguidamente, no segundo capítulo é apresentado o enquadramento teórico que aborda a temática em estudo, fundamentado pela Revisão Integrativa da Literatura (RIL) elaborada, norteada pelos referenciais teóricos adequados que suporta cientificamente a prática baseada na evidência. No terceiro capítulo é delineado todo o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, através da reflexão das atividades realizadas em cada contexto de estágio ou valências de cuidados e indicadores de resultados. Finalizando, surge no documento as considerações finais, onde de forma sustentada se explana a síntese global do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, bem como as limitações do percurso, e as referências para a consecução deste relatório. Na redação deste documento, considerou-se o guia de elaboração de trabalhos escritos da ESEL (2023), segundo as normas *American Psychological Association*, 7ª edição (American Psychological Association, 2020), segundo as orientações do novo acordo ortográfico.



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico reflete a evidência científica referente à temática em estudo e as respetivas teorias de enfermagem, que complementam o cuidado especializado à PSC definida como: "(...) incapacidade de sobreviver autonomamente por se encontrar instável fisiologicamente, ou por desenvolver falência ou eminência de uma ou mais funções vitais inesperadamente (...) (Benner et al., 2011), o que desencadeia a necessidade de vigilância, monitorização e terapêutica dirigida. (Regulamento nº140/2019, 2019). Este relatório aborda a pessoa vítima de PCR, desde o pré-hospitalar até ao intra-hospitalar focando-se nos cuidados após a RCE, e de que forma a intervenção do enfermeiro pode garantir um *outcome* neurológico satisfatório.

Neste capítulo pretende-se apresentar e clarificar os principais conceitos e a problemática em estudo ao longo deste percurso, sistematizando a evidência científica existente com os principais resultados obtidos através da realização de uma RIL, direcionado para **as intervenções de enfermagem que minimizam as complicações da PSC pós-RCR, no pré-hospitalar, no serviço de urgência e em UCI.**

A pessoa vítima de PCR após a RCE exige a implementação de intervenções específicas, pela instabilidade hemodinâmica e dependência de meios tecnológicos avançados de monitorização e vigilância contínua (Nolan et al., 2021). Neste contexto, o enfermeiro especialista é um elemento fulcral pela sua proximidade intrínseca com a PSC com capacidade para atuar como ponto de ligação entre as diversas especialidades envolvidas nos cuidados pós RCR. Assim:

“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

## 1.1 Cuidar da pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória

A PCR súbita é uma situação emergente, e é considerada a terceira principal causa de morte na Europa (Gräsner et al., 2021), que afeta anualmente cerca de oito milhões de pessoas a nível mundial (Marino et al., 2020). Segundo a AHA (2020), a PCR consiste na alteração súbita do bombeamento do sangue, que posteriormente produz uma alteração no ritmo ou a sua ausência, podendo desencadear danos celulares e/ou cerebrais irreversíveis. A população à escala global e os fatores que influenciam um *outcome* satisfatório variam perante o acontecimento no contexto extra-hospitalar e intra-hospitalar, bem como na colheita de dados, a sua estrutura, o processo de atendimento e a qualidade da assistência fornecidos pelos profissionais (Gräsner et al., 2021).

Na Europa, a incidência anual de PCR em contexto extra-hospitalar é entre 67- 170 por 100.00 habitantes, onde apenas 50-60% dos casos das reanimações são iniciadas ou conduzidas pela equipa de emergência médica, e apenas 8%, apresentam uma taxa de sobrevivência após a alta hospitalar. Em contexto intra-hospitalar a incidência anual de PCR encontra-se entre 1.5 e 2.8 em 1000 admissões hospitalares, com taxas de sobrevivência em 30 dias após a alta hospitalar de 15% a 34% (Gräsner et al., 2021).

Em Portugal, no ano de 2023 ocorreu um total 19.493 PCR segundo os dados estatísticos do registo nacional de PCR pré-hospitalar, do INEM sendo que deste valor 14.656 foram submetidos a manobras de reanimação, o que equivale a 75% dos casos, um número acima da média europeia. Contudo, após o início de RCR, 3.842 pessoas foram admitidas no hospital em manobras o que corresponde a um total de 26.2% e 843 dos casos deram entrada no hospital com sinais de RCE, o que equivale a uma média de 6% (INEM, 2023a).

A PCR exige uma intervenção imediata e, como tal, deve-se ter conhecimento e assegurar a cadeia de sobrevivência apresentada pela AHA (2020) (Figura 1), que especifica e atualiza periodicamente as intervenções necessárias para alcançar uma reanimação com sucesso. Assim, o reconhecimento precoce da pessoa vítima em PCR, seguido do pedido de ajuda diferenciada, juntamente com o início de compressões, com a possível desfibrilhação precoce, de forma a recuperar o ritmo cardíaco, contribuem para

a RCE<sup>1</sup>, seguido dos cuidados pós reanimação que irão promover uma recuperação eficaz da pessoa.



**Figura 1.** Cadeia de sobrevivência em contexto extra-hospitalar (AHA, 2020).

Perante a difusão de técnicas de RCR extra-hospitalar, o complemento do programa de Desfibrilhação Automática Externa que foi implementado a nível nacional e internacional, proporcionou o sucesso na reanimação à pessoa vítima de PCR (Nolan et al., 2015), e posteriormente a maioria dos países europeus (90%) têm acesso a unidades para cuidados pós-RCP. Cerca de um terço das PCR ocorrem em contexto intra-hospitalar, onde a maioria é desencadeada de uma deterioração progressiva, existindo sinais precoces de instabilidade, podendo ou não ser detetados ou negligenciados (AHA, 2020).

Comparativamente ao contexto extra-hospitalar, a cadeia de sobrevivência abrange o reconhecimento precoce, a adição do número da equipa de emergência médica intra-hospitalar juntamente com o equipamento de reanimação, e após a RCE dá-se a continuidade dos cuidados pós-PCR (Figura 2) (Coimbra, 2021).



**Figura 2.** Cadeia de sobrevivência em contexto intra-hospitalar (AHA, 2020).

<sup>1</sup> A RCE deve ser assumida apenas se existir uma combinação de alguns sinais clínicos e fisiológicos como: a pessoa acordar ou apresentar movimentos intencionais, se existir pulso central palpável e traçado compatível e valores compatíveis com pressão arterial ou uma elevação súbita e significativa do *End-Tidal Carbon Dioxid* (EtCO<sub>2</sub>) (INEM, 2023).

É assim fundamental uma intervenção imediata à pessoa em PCR, o que envolve uma sequência específica de procedimentos, a fim de restabelecer as funções cardíacas e respiratórias, minimizando possíveis sequelas (INEM, 2020).

De forma a evitar uma deterioração precoce, a AHA (2020) apresentou estes dois algoritmos que incluem os cuidados pós RCR, onde ocorre a estabilização inicial e a monitorização contínua da pessoa que poderá controlar esses mecanismos fisiopatológicos para um *outcome* satisfatório após a alta hospitalar. No decorrer de uma PCR existe um algoritmo circular (Anexo I), que resume a sequência recomendada para uma RCR eficaz, e que especifica a verificação do ritmo, o choque recomendado e a medicação a administrar com base no consenso dos especialistas (AHA, 2020).

A RCR termina após indicações para suspensão de manobras ou após a RCE, que ocorre após uma combinação de alguns sinais clínicos e fisiológicos, tais como: a pessoa acordar ou apresentar movimentos intencionais, se existir pulso central palpável e traçado eletrocardiográfico compatível e valores mensuráveis de Pressão Arterial Média (PAM) ou uma elevação súbita e significativa do *End-Tidal Carbon Dioxid* (EtCO<sub>2</sub>) (INEM, 2021). Posteriormente é importante compreender as possíveis alterações fisiopatológicas decorrentes e as possíveis causas reversíveis da PCR que devem ser identificadas e corrigidas precocemente, de forma a evitar a sua recorrência (Coimbra, 2021). A atualização das novas diretrizes com implementação dos cuidados pós-reanimação, envolve cuidados específicos que a equipa multidisciplinar deve ter presente, de forma a delinear um plano de cuidados direcionado às necessidades da pessoa e da família (Williams et al., 2013).

## **1.2 Intervenção especializada de enfermagem nos cuidados pós reanimação cardiorrespiratória**

A primeira referência relevante aos cuidados pós-reanimação foi ostentada em 2005 pelo *European Resuscitation Council* (ERC), e em 2010 a AHA definiu um algoritmo de atuação imediata referente aos cuidados pós-PCR, com o objetivo de identificar as possíveis causas reversíveis, que irão potenciar a qualidade de vida da pessoa e a sua recuperação, especificando as diversas intervenções que foram atualizadas ao longo dos últimos anos. Em 2015, o ERC e a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva produziram

as primeiras diretrizes referentes aos cuidados pós-RCR, que posteriormente foram atualizadas em 2020 integrando a ciência publicada desde 2015 (Nolan et al., 2021).

Os cuidados pós RCR ocorrem imediatamente após a RCE, independentemente do local onde se encontra a pessoa (AHA, 2020; INEM, 2020; Nolan et al., 2021) e a intervenção do enfermeiro perante os últimos elos da cadeia de sobrevivência torna-se premente pelo seu contributo na qualidade dos cuidados pós RCR. Alguns estudos revelam que após a RCE a morte da pessoa pode ocorrer nas primeiras 24 horas, o que promove um potencial significado aos cuidados pós RCR pela sua importância na diminuição precoce da mortalidade, que surge pela instabilidade hemodinâmica da pessoa (AHA, 2020).

Na abordagem inicial à PSC após a RCE, existe uma metodologia transversal, prioritária e eficaz, que procura identificar possíveis alterações fisiopatológicas e tratá-las segundo a metodologia ABCDE que se classifica como: *Airway* (via Aérea), *Breathing* (Ventilação), *Circulation* (Circulação), *Disability* (Avaliação Neurológica) e *Exposure* (Exposição) (Henriques, 2019; INEM, 2021; Nolan et al., 2021). Esta avaliação permite uma intervenção imediata, priorizando as necessidades da pessoa, otimização da função cardiopulmonar e a perfusão dos órgãos vitais (Smith & Bowden, 2017). Este método é preconizado a nível internacional e é considerado eficaz na abordagem à PSC (INEM, 2021).

Inicialmente existem diversas intervenções necessárias para garantir o sucesso nos cuidados pós RCR, e deste modo a AHA (2020), criou um algoritmo dirigido à pessoa adulta que inclui e especifica a fase de estabilização inicial e a monitorização contínua através de diversas intervenções e exames complementares de diagnóstico (Anexo II). Seguindo a metodologia ABCDE, inicialmente existe prioridade na permeabilidade da via aérea (A), com possibilidade de recorrer à Entubação Orotraqueal (EOT) de forma a garantir uma oxigenação adequada (B), através de Saturação Periférica de Oxigénio (SpO<sub>2</sub>) entre os 94% e os 98%, que deverá ser confirmado através de oximetria de pulso e valores dos gases sanguíneos, idealmente com Pressão de Oxigénio (PO<sub>2</sub>) entre 75-100mmHg e Pressão de Dióxido de Carbono (PCO<sub>2</sub>) 35-45mmHg. (INEM, 2020; Nolan et al., 2021). A ventilação é um fator importante pois, verifica-se que a diminuição do fluxo sanguíneo desencadeia um inadequado fornecimento de oxigénio o que irá provocar

uma possível alteração secundária no cérebro, como a lesão de reperfusão que pode levar à constrição vascular cerebral, à diminuição do débito cardíaco ou à disfunção pulmonar (Kjaergaard et al., 2022; Giannetti & Timerman, 2018; Yamamoto et al., 2020). A intervenção especializada de enfermagem visa monitorizar os valores de SpO<sub>2</sub> e EtCO<sub>2</sub> de forma a evitar fatores que promovem a vasoconstrição e como tal diminuem a pressão de perfusão cerebral na pessoa prevenindo uma possível lesão pulmonar após RCE (Giannetti & Timerman, 2018).

Seguidamente a circulação (C), inclui a monitorização hemodinâmica contínua da pessoa através de meios não invasivos e não invasivos, que são utilizados maioritariamente em UCI. Segundo Nolan et al. (2021), a pressão arterial sistólica ideal é parametrizada para valores >100mmHg, de forma a evitar a hipotensão é necessário administrar vasopressores/inotrópicos para manter os valores e monitorizar a PAM para uma alvo superior a 65 mmHg (Perkins et al.,2021; Nolan et al., 2021; Giannetti & Timerman., 2018), de forma a atingir um débito urinário adequado (> 0,5 mL<sup>-1</sup> kg h<sup>-1</sup>) e valores normalizados ou mínimos de lactatos (Nolan et al., 2021).

Na avaliação da disfunção neurológica (D) e da exposição (E), é fundamental monitorizar a perfusão cerebral de forma a prevenir possíveis convulsões, o controle da glicemia capilar e a temperatura, mantendo valores entre os 32°-36°C (AHA, 2020; INEM, 2020; Nolan et al., 2021) prevenindo a febre durante 72 horas após o evento de PCR (ERC, 2021). As intervenções para prevenção da febre incluem toalhas húmidas arrefecidas, almofadas ou cobertores de arrefecimento, cobertores de água ou ar circulante, arrefecimento evaporativo transnasal, permutadores de calor intravasculares e circulação extracorporal (INEM, 2021). A gestão da temperatura corporal da pessoa pós-PCR é uma intervenção de enfermagem que influencia o seu prognóstico (Milonas et al., 2017), e que se apresenta nos últimos anos alvo de muita controvérsia, pelo que, a febre é comum e está associada ao agravamento da lesão cerebral (Nolan et al., 2021).

A variação da glicémia é um componente que agrava o estado neurológico da pessoa pós-PCR, tanto a hipoglicemia como a hiperglicemia afetam o prognóstico cerebral da pessoa. A intervenção de enfermagem na monitorização e manutenção da glicémia é preditiva da neuroproteção evitando futuras sequelas ou mortalidade da pessoa, contudo, existe insuficiência de protocolos direcionados para esta intervenção e

recomenda-se que a glicemia seja mantida  $\leq 180$  mg/dl (INEM, 2020; Milonas et al., 2017). A hiperglicemia e a hipoglicemia são fatores que agravam o prognóstico a nível cerebral (Kang, 2019), pelo que deve existir vigilância no controle da glicemia. Com a hipotermia permissiva a vigilância deve ser minuciosa, pois ocorre a diminuição do metabolismo basal da pessoa, e conseqüentemente ocorre resistência à insulina podendo a pessoa desenvolver hiperglicemia, contrariamente com o retorno da temperatura basal que desenvolve o aumento do metabolismo, diminuição da resistência à insulina e posteriormente um risco acrescido de hipoglicemia (Kovács & Zima, 2017).

Concomitantemente o enfermeiro especialista, deve apresentar conhecimentos técnico-científicos devidamente atualizados para vigiar e monitorizar possíveis alterações fisiopatológicas citadas anteriormente de forma a prevenir: a lesão cerebral, a disfunção cardíaca, a isquemia sistêmica e a patologia precipitante da PCR. Estes quatro fatores foram definidos pela primeira vez por *Vladimir Negovsky* em meados de 1970, designados como *post resuscitation disease* (INEM, 2021; Kang, 2019; Kovács, 2017; Nolan et al., 2021; Rodrigues et al., 2021; Stub et al., 2011).

Especificamente, a síndrome pós-PCR tem como principal componente a disfunção cardiocirculatória precoce, que pode desenvolver a falência de múltiplos órgãos, conseqüentemente a morte da pessoa (Mongardon et al., 2011), e a sua manifestação, varia perante as comorbilidades da pessoa, a duração e as causas da PCR. (INEM, 2021; Nolan et al., 2008, 2021). Concomitantemente existem intervenções que podem prevenir ou minimizar o seu desenvolvimento, garantindo a recuperação da função neurológica com qualidade (INEM, 2021; Nolan et al., 2021).

O cérebro é considerado um órgão bastante vulnerável às situações de isquemia, e perante a interrupção completa do fluxo sanguíneo que pode ocorrer em poucos minutos, com posterior RCE, possibilita o desenvolvimento de um processo fisiopatológico complexo, o que desencadeia diversos mecanismos de lesão nomeadamente a lesão isquémica-reperusão (Nolan et al., 2008). Existe ainda uma possível resposta paradoxal à reperusão gerada pela formação de radicais livres, a excitotoxicidade, a interrupção da homeostase do cálcio, cascatas patológicas de protéases e a ativação da morte celular (Holzer, 2010; Nolan et al., 2008).

A lesão cerebral hipóxico-isquêmica é responsável por cerca de dois terços de mortes (25% em PCR intra-hospitalar) tardias após a RCE, traduzindo-se clinicamente através de convulsões, mioclonias, coma, diversos graus de disfunção cognitiva e morte cerebral (INEM, 2021). Conseqüentemente pode ocorrer um agravamento por falência da microcirculação e autorregulação, hipotensão, hipoxemia, hiperoxemia, hipercápnia, hipoglicemia, hiperglicemia, hipertermia e convulsões (INEM, 2021; Nolan et al., 2021).

A monitorização e os cuidados imediatos direcionados à ventilação, oxigenação, circulação e o controle da temperatura, são os principais focos para a prevenção de futuras sequelas, nomeadamente a lesão cerebral (Kjaergaard, 2022; Milonas, 2017; Nolan et al., 2021; Perkins, 2021; Skrifvars, 2021; Yamamoto & Yoshizawa, 2020), contudo a intervenção especializada de enfermagem, visa compreender a pessoa como um ser integral e complexo fornecendo um cuidado holístico após a RCE.

A disfunção cardíaca é uma das principais causas de morte nos primeiros três dias após a RCE, e inicia-se após a reperfusão, sendo reversível a longo prazo (INEM, 2021; Nolan et al., 2021). Através da monitorização hemodinâmica adequada da PSC, é possível identificar esta alteração, monitorizando a frequência cardíaca e a PAM após a RCE, e esta alteração pode estar relacionada com o aumento transitório nas concentrações locais e circulantes de catecolaminas, o que aumenta a contratilidades e o fluxo sanguíneo periférico (Nolan et al., 2008).

A resposta sistémica à isquemia /reperfusão, aliada ao débito de oxigénio, contribui para a ativação das vias imunológicas e de coagulação, podendo desencadear falência multiorgânica e aumentar o risco de infeção. Perante uma situação de sépsis, pode ocorrer a vasodilatação, depleção intravascular, disfunção do endotélio e alterações da microcirculação (INEM, 2021; Nolan et al., 2021).

O tempo de duração da PCR pode influenciar a reperfusão da microcirculação, originando microlesões. No entanto, nos primeiros minutos após a RCE, pode ocorrer uma hiperemia macroscópica produzida pela elevação da perfusão cerebral e autorregulação prejudicada, originando a lesão de reperfusão e potencial agravamento do edema cerebral (Kovács, 2017). Deste modo, inicialmente a neuroprotecção é controlada através da monitorização da oxigenação e da ventilação, de forma a manter a normóxia e normocápnia (Perkins et al., 2021).

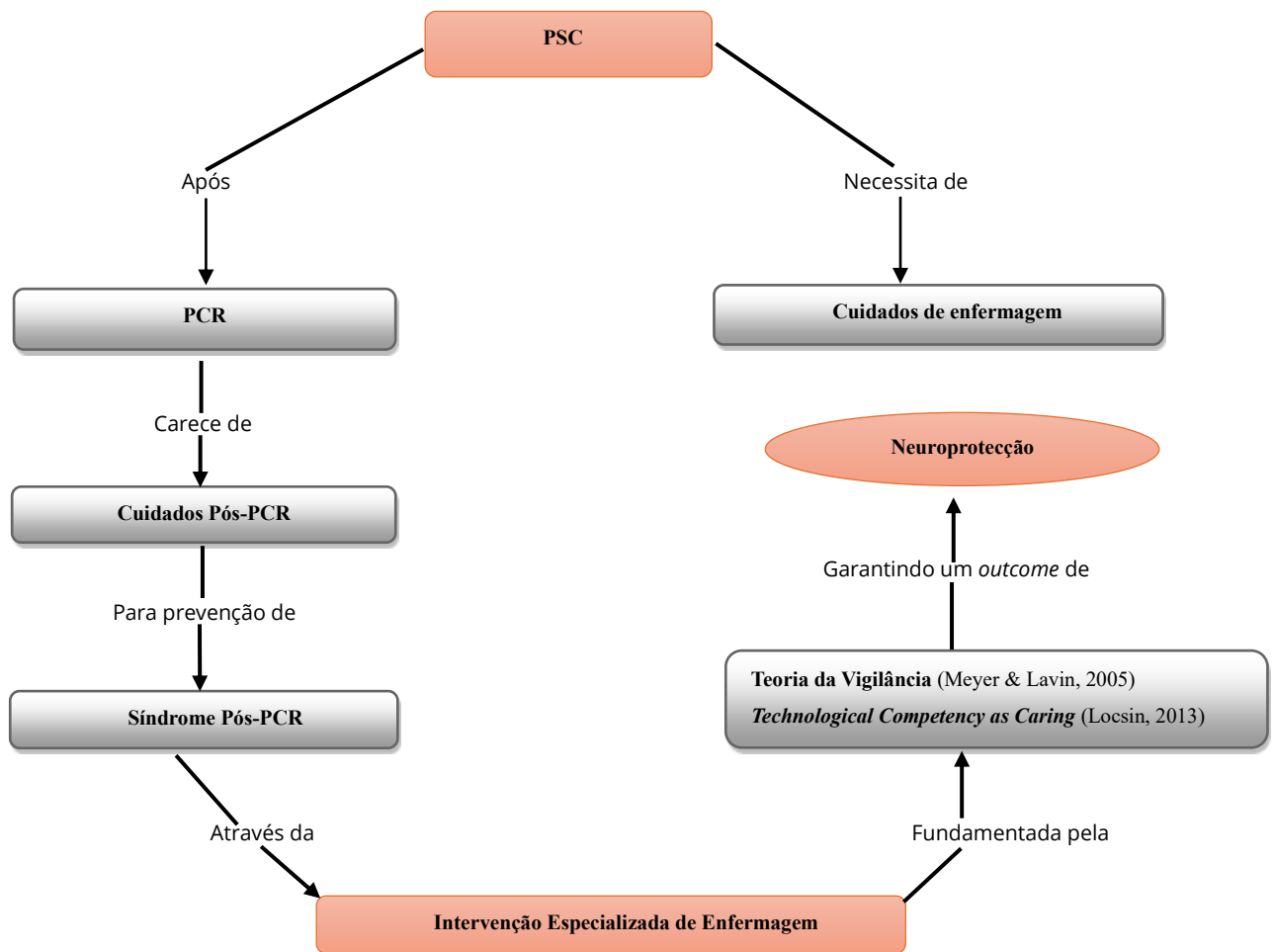
Por fim, na PCR é comum existir uma patologia precipitante que permanece após a reanimação, nomeadamente a síndrome coronária aguda, doenças pulmonares, hemorragia, sépsis, toxicidade, entre outros, que podem agravar pela fisiopatologia simultânea da própria síndrome pós-PCR (Nolan et al., 2008), o que requer intervenções específicas para cada patologia, com o apoio das especialidades adequadas. (AHA, 2020).

Perante os quatro componentes, a lesão cerebral e a disfunção cardíaca influenciam o prognóstico da PSC após a RCE, pelo que atualmente o controle direcionado da temperatura na pessoa em estado comatoso, é a única intervenção comprovada cientificamente na melhoria da recuperação neurológica (AHA, 2020).

Focando nos cuidados pós-RCE, o enfermeiro pode contribuir na recuperação da pessoa, através da visão holística complementando com o suporte hemodinâmico eficaz nos diversos contextos em que ocorra a RCE. Contudo verifica-se maior ênfase na UCI perante os equipamentos adequados, as intervenções direcionadas pelos recursos humanos competentes, e que irão contribuir para a estabilidade hemodinâmica da pessoa, minimizando futuras sequelas dos tecidos e órgãos (Kesecioglu et al., 2024).

Assim, para que ocorra a vigilância, é necessário recorrer a diversos recursos tecnológicos que irão proporcionar segurança e os cuidados individualizados e adequados à pessoa. Perante a temática abordada foram delineados diversos conceitos inerentes apresentados e organizados num mapa concetual (Figura 3).

Os conceitos apresentados sustentam um raciocínio conciso, na medida em que os cuidados pós RCE contribuem para a diminuição da lesão secundária entre outros, que pode advir através da síndrome pós-PCR, pelo que é necessário garantir a neuroprotecção imediata (Peberdy et al., 2010), através da intervenção especializada de enfermagem sustentada por teorias que enriquecem esses cuidados à PSC.



**Figura 3.** Mapa conceitual

De forma a complementar o desenvolvimento de competências relativamente à intervenção especializada de enfermagem na pessoa pós RCR, foi realizada uma RIL e respetivo protocolo (Apêndice I), que fundamenta e especifica a contribuição das intervenções apresentadas no prognóstico da pessoa após a RCE a longo prazo.

Evidenciam-se seguidamente as principais intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção da síndrome pós-PCR (Tabela 1).

Componente da Síndrome pós-PCR	Sintomas/Manifestação Clínica	Principais intervenções de enfermagem

<b>Lesão cerebral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsões;</li> <li>• Mioclonias;</li> <li>• Disfunção Cognitiva;</li> <li>• AVC;</li> <li>• Coma;</li> <li>• Morte Cerebral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permeabilidade da via aérea;</li> <li>• Monitorização da ventilação (utilização da capnografia);</li> <li>• Monitorização de Oxigenação (Manter SpO2 entre 94-98%);</li> <li>• Monitorização da temperatura com alvo para 32°C-36°C;</li> <li>• Prevenir a febre até 72h;</li> <li>• Controle de convulsões/tremores;</li> </ul>
<b>Disfunção cardíaca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiência cardíaca congestiva;</li> <li>• Hipotensão;</li> <li>• Arritmias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização cardíaca (realização de eletrocardiograma- 12 derivações);</li> <li>• Monitorização Hemodinâmica;</li> <li>• Administração de fluídos e/ou inotrópicos;</li> <li>• Monitorização contínua durante o procedimento <i>Extracorporeal Membrane Oxygenation</i> (ECMO)</li> </ul>
<b>Isquemia sistémica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipóxia;</li> <li>• Hipotensão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização da glicemia capilar, prevenindo a hipoglicemia/hiperglicemia;</li> <li>• Monitorização da pressão arterial - administração de vasopressores;</li> </ul>
<b>Patologia precipitante da PCR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipovolémia;</li> <li>• Hipóxia;</li> <li>• Hidrogénio (Acidemia);</li> <li>• Hipocaliemia/hipercaliemia;</li> <li>• Hipotermia;</li> <li>• Pneumotórax Hipertensivo;</li> <li>• Toxinas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenções nas possíveis causas cardíacas /pulmonares precipitantes da PCR;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombose coronária/Pulmonar.</li> </ul>	
--	--	--

(AHA., 2020; Kjaergaard, et al., 2022; Milonas et al., 2017; Nolan et al., 2008, 2021; Perkins et al., 2021; Giannetti & Timerman, 2018; Skrifvars et al., 2021; Yamamoto & Yoshizawa, 2020).

**Tabela 1.** Intervenções de enfermagem nos Cuidados pós-RCR.

A pesquisa foi realizada de acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute*, segundo um protocolo que abrange critérios de elegibilidade dos estudos primários, consultados na Plataforma *Elton B, Stephens Company*, que inclui as bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Medical Literature Analysis and Retrieval System online* e SCOPUS, complementada com pesquisa na literatura cinzenta.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a realização desta revisão, abrange pessoas em situação crítica com idade igual ou superior a 18 anos, vítimas de PCR e com sucesso na RCR. Como critérios de exclusão foram considerados todos os artigos duplicados, sem foco nas intervenções pós RCR e pessoas com idade inferior a 18 anos.

A estratégia de pesquisa utilizada incluí os seguintes descritores: ("*Critically Ill Patients*" **OR** "*Heart Arrest*") **AND** ("*Nursing Care*" **OR** "*Critical Care Nursing*" **OR** "*Nursing Interventions*" **OR** "*Resuscitation, Cardiopulmonary*" **OR** "*Return of Spontaneous Circulation*" **OR** "*Post-Cardiac Arrest Syndrome*") **AND** ("*Emergency Service*" **OR** "*Intensive Care Units*" **OR** "*Prehospital Care*")), pesquisados em termo natural integral e indexado. Restringiu-se a pesquisa a um período de cinco anos, entre 2018 e 2022, incluindo artigos pertinentes à questão de investigação publicados anteriormente.

Perante a estratégia de pesquisa utilizada, e através dos critérios de inclusão e exclusão foram extraídos 1472 artigos das bases de dados. Com recurso à ferramenta Rayyan® (Ouzzani et al., 2016), cumprindo os critérios de elegibilidade o que possibilitou a inclusão de quatro artigos. Na pesquisa realizada referente à literatura cinzenta, foram selecionados dois artigos pertinentes com conteúdo relevante para responder à questão de investigação apresentada anteriormente, sendo a amostra final constituída por seis artigos.

### 1.3 Perspetiva teórica nos cuidados especializados de enfermagem pós reanimação cardiorrespiratória

Nos cuidados pós-RCR, o enfermeiro deve planejar e implementar intervenções autónomas dirigidas à pessoa e às suas necessidades garantindo a segurança, a vigilância e a monitorização contínua que irá minimizar intercorrências, focando-se na prevenção e antecipação de possíveis eventos adversos, evitando a deterioração do estado clínico da pessoa (Benner, 2001). Perante as intervenções interdependentes, o enfermeiro é o principal responsável pela sua implementação (OE, 2017), de acordo com o processo de vigilância que proporciona uma visão holística.

Segundo a teoria de Meyer & Lavin (2005), a vigilância da PSC é de extrema relevância e pode ser definida como um alerta de atenção, para identificar sinais ou situações que se apresentem clinicamente relevantes, medindo riscos inerentes às situações que se desencadeiam na prática de enfermagem. Existem intervenções eficazes que permitem dar resposta a uma possível deterioração clínica, com base científica, intelectual e experiencial (Benner, 2011; Meyer & Lavin, 2005). Assim, considerou-se a relevância da temática apresentada suportada pelo referencial teórico *Vigilance, the essence of Nursing* descrito por *Geralyn Meyer e Mary Ann Lavin* (2005) que abrange a primordialidade da vigilância na prática de enfermagem, essencial nos cuidados críticos, especificamente no período pós-RCR. De forma a complementar a problemática da PSC, sustentou-se igualmente no referencial teórico: *Technological Competency as Caring in Nursing* descrito por Rozzano Locsin (2005) que exige o saber estar e utilizar a tecnologia adequadamente para garantir cuidados precisos, eficientes e em tempo útil.

No que concerne à vigilância, segundo Schoneman (2002), esta envolve a atenção, o zelo, o cuidado e a prudência como focos fundamentais na área da saúde e nos cuidados de saúde, traduzindo-se numa análise sistemática, após a colheita de dados perante uma situação, o que permite uma tomada de decisão de acordo com essas informações.

A vigilância é frequentemente reconhecida na literatura como um método de promover a segurança e o bem-estar da PSC (Boll, 2014). Considera-se um termo relacionado com a monitorização, refletindo as necessidades da pessoa pós-RCR. No entanto, é um conceito distinto, uma vez que a monitorização é identificada como parte

do processo de vigilância, mas, por si só, não garante a eficácia desse processo (Meyer & Lavin, 2005).

As autoras supracitadas mencionam a vigilância como uma essência dos enfermeiros, o que lhes permite a individualidade, afirmando igualmente que é baseada no conhecimento em enfermagem. De forma a garantir uma vigilância segura, Meyer & Lavin, (2005) apresentam cinco componentes relevantes às intervenções de enfermagem como:

- **"Attaching meaning to what is"** (Atribuir significado ao que é): o enfermeiro é maioritariamente o primeiro profissional de saúde a detetar e a determinar alterações na pessoa (Benner, 2001), identificando a necessidade de uma atuação imediata. Através da formação e da experiência, o enfermeiro apresenta competências necessárias para mobilizar e adaptar os seus conhecimentos após a recolha de informação, atribuindo um significado ao que observa, ouve e sente, o que se traduz na vigilância da pessoa como elemento básico na sua prática diária (Meyer & Lavin, 2005).

- **"Anticipating what might be"** (A antecipação do que pode acontecer): através da monitorização hemodinâmica, o enfermeiro consegue reconhecer e intervir perante uma PCR ou antecipar possíveis sinais de deterioração da pessoa pós-RCR antevendo possíveis complicações (Meyer & Lavin, 2005).

- **"Calculating the risk"** (O cálculo de risco): após a avaliação, vigilância e monitorização contínua das intervenções realizadas, o enfermeiro consegue minimizar possíveis eventos adversos na pessoa. De forma a prevenir e diminuir possíveis intercorrências, o enfermeiro deve verificar as condições da pessoa, priorizando as suas necessidades de forma a prevenir o desenvolvimento da síndrome pós-PCR. As intervenções realizadas nos cuidados pós-RCR, podem ter maior ou menor risco no desenvolvimento da síndrome, pelo que o enfermeiro deve equilibrar as suas ações, de forma a garantir a segurança da pessoa a longo prazo (Meyer & Lavin, 2005), nomeadamente a neuroprotecção (Perkins et al., 2021).

- **"Readiness to act"** (A disponibilidade imediata para a ação): a RCE pode ocorrer no contexto extra ou intra-hospitalar, assim o enfermeiro deve apresentar conhecimentos sólidos para intervir de forma rápida e eficaz em qualquer situação (Meyer & Lavin, 2005). O enfermeiro atua de forma a antecipar possíveis complicações

nos cuidados pós-RCR, atuando de imediato em possíveis alterações que ocorram a nível hemodinâmico com a pessoa (Nolan et al., 2008, 2021).

• **“Monitoring results/outcomes”** (A monitorização dos resultados): é fundamental que o enfermeiro avalie e monitorize continuamente a PSC após as intervenções realizadas por toda a equipa multidisciplinar, visto que é considerado o profissional de saúde que permanece a maior parte do tempo com a pessoa e família (Meyer & Lavin, 2005). Nos cuidados pós RCR, o enfermeiro monitoriza continuamente o resultado das intervenções clínicas nomeadamente na UCI. Nos cuidados críticos, a vigilância do enfermeiro é essencial para a identificação precoce da instabilidade da pessoa, o que aumenta a possibilidade de uma intervenção eficaz e em segurança, com relevância nos conhecimentos provenientes da vigilância, bem como a experiência profissional que potencia o desenvolvimento de conhecimentos e intervenções especializadas (Benner, 2011; Meyer & Lavin, 2005).

A vigilância é um fator fundamental, decisivo na avaliação e prevenção de complicações, o que permite intervir no tempo adequado de forma a garantir os melhores resultados (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005), nos cuidados pós-RCR e é benéfico para o *outcome* da pessoa a longo prazo. Benner (2001) refere cinco competências que realçam o domínio do diagnóstico e da vigilância como: o detetar e determinar mudanças significativas do estado da pessoa, fornecer um sinal de alerta precocemente, antecipar uma crise/deterioração do estado da pessoa, antecipar problemas e pensar no futuro. De forma a compreender o comportamento de uma doença: antecipando as necessidades da pessoa, avaliar o potencial de cura e responder às diversas estratégias de tratamento, o que complementa a teoria de Meyer & Lavin (2005).

Concomitantemente a intervenção especializada de enfermagem à pessoa vítima de PCR, requer vigilância e após a RCE é simultaneamente necessário o uso de tecnologia de forma a garantir os melhores cuidados com segurança. Os recursos tecnológicos, apresentam-se como um complemento para individualizar os cuidados prestados e como um meio para conhecer especificamente a pessoa. Este impacto é semelhante à necessidade constante de conhecer a PSC de uma forma holística, como um ser humano que se apresenta como dinâmico e imprevisível a cada momento (Boykin & Schoenhofer,

2013; Parker & Smith, 2010). Assim torna-se pertinente nortear a abordagem à PSC vítima de PCR na teoria de médio-alcance *Technological Competency as Caring in Nursing*, apresentada por *Rozzano Locsin* (2005), relacionado com os pressupostos da teoria de *Nursing as Caring* (Boykin & Schoenhofer, 2013) que relaciona a tecnologia aos cuidados de enfermagem.

Segundo Locsin (2005), existem duas perspetivas nos cuidados de enfermagem no meio tecnológico, nomeadamente a perspetiva mecanista e a humanista. Na primeira perspetiva, a prática de cuidados de enfermagem é dirigida ao modelo biomédico. Na segunda perspetiva é baseada na visão humana, onde o enfermeiro atua de forma reflexiva e autêntica, promovendo uma interação com a pessoa através do contacto e da escuta. Maioritariamente a utilização dos meios tecnológicos são interpretados como antagonistas do cuidar, apresentado um olhar reducionista associado aos equipamentos, porém Locsin (2017), afirma que o desenvolvimento de competências tecnológicas é uma forma integrante na prática, onde o enfermeiro deve complementar o uso da vanguarda da tecnologia à sua prática com o intuito de garantir excelência nos cuidados à PSC, garantindo ainda, qualidade e segurança dos mesmos.

O enfermeiro deve assim, recolher as informações necessárias através dos recursos tecnológicos para manter uma vigilância precisa, evitando complicações, não se focando apenas na monitorização da doença, mas sim em todas as possíveis alterações e mudanças resultantes do processo da doença (Locsin, 2005, 2013), pois a tecnologia não se resume apenas a equipamentos, mas sim ao conhecimento, à habilidade e capacidade de os transmutar em cuidados de enfermagem (Tunlind et al., 2015).

Perante os cuidados pós RCR é necessário garantir a neuroprotecção (Nolan et al., 2021), e dentro do prognóstico reservado da pessoa, o uso dos meios tecnológicos deve ser utilizado como elemento facilitador neste processo. Neste caso específico, não é possível que ocorra uma dissociação entre os cuidados do enfermeiro e o recurso aos meios tecnológicos, pois é através desses meios que é possível identificar possíveis alterações imediatas bem como sinais de recuperação/agravamento do estado clínico (Locsin, 2017).

A PSC encontra-se maioritariamente em meios altamente tecnológicos, como os contextos pré-hospitalar, o Serviço de Urgência (SU) e com maior ênfase em UCI, onde a

equipa multidisciplinar deve estar preparada para atuar e dar resposta a todas as situações complexas que ocorrem no imediato. De uma forma holística, as teorias de enfermagem são um marco de referência ao enfermeiro especialista, o que proporciona rigor nos cuidados prestados à PSC com posterior RCE, que necessita de atuação imediata, através de meios avançados que proporcionam vigilância, monitorização e terapêutica dirigida (OE, 2018; Regulamento nº 429/2018, 2018), o que irá garantir a excelência de cuidados e um *outcome* satisfatório na sua recuperação da pessoa.

A equipa de enfermagem é assim considerada a primeira linha nos cuidados à pessoa, e a última linha em defesa perante os eventos adversos, afirmando assim que a vigilância, a prevenção, a monitorização e a promoção da segurança são fatores exclusivos das competências do enfermeiro (Benner et al., 2011).



## 2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Benner (2001), enquadra a experiência não apenas à passagem do tempo, mas também à experiência e à reflexão perante diversas situações que possibilitam uma evolução de iniciado a perito. Destacando assim: “(...) os profissionais são atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Serrano et al., 2011, p.16).

Deste modo, o presente capítulo pretende dar visibilidade ao percurso para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista durante a prática clínica, em três contextos de estágio (Apêndice II), através de uma análise crítico-reflexiva perante as atividades propostas e realizadas em cada contexto, com foco nos objetivos delineados nomeadamente:

- ❖ Desenvolver competências nos cuidados direcionados à PSC e à família, de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem;
- ❖ Desenvolver competências especializadas de enfermagem nos cuidados à pessoa pós RCR em contexto pré-hospitalar, SUP e em UCI;
- ❖ Aprofundar conhecimentos no âmbito dos diversos cuidados especializados de enfermagem à pessoa pós-PCR, em status pós-RCR, relativamente à promoção da saúde, à prevenção de futuras complicações e no planeamento dos cuidados;
- ❖ Analisar o contributo da intervenção especializada de enfermagem perante a síndrome pós-PCR;
- ❖ Garantir a prevenção/controlo de infeção e resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades dos diferentes contextos;

O modelo de *Dreyfus*<sup>2</sup> que define a aquisição de competências aplicado por Benner<sup>3</sup> (2001), é a experiência adquirida e o domínio das situações decorrentes que permite a aquisição de competências, o que irá beneficiar a melhoria nas intervenções de

---

<sup>2</sup> Modelo de *Dreyfus* adotada por Patrícia Benner (2001) defende o desenvolvimento de competências em simultâneo com a experiência profissional, considerando que o conhecimento prático progride com o tempo e com as experiências de situações reais.

<sup>3</sup> Segundo Benner (2001) são preconizados cinco níveis de competência: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito, que são adquiridos com o tempo e com a análise de situações reais.

enfermagem. Assim, o contexto clínico é fundamental para proporcionar momentos únicos de aprendizagem, o que permite o complemento na aquisição de competências como enfermeiro mestre e especialista na área da PSC (Afonso & Loureiro, 2018).

Na sequência da elaboração do presente projeto de estágio, o percurso foi realizado em três contextos distintos, inicialmente num SUP posteriormente numa UCI, concluindo nas ambulâncias de SIV. Os contextos apresentados são locais de referência, que me permitiram responder e atingir os objetivos inicialmente propostos, planear atividades, assim como analisar e refletir perante as intervenções que substanciaram o projeto e o presente relatório de estágio.

Estruturei e delineei de forma descritiva os diferentes contextos, as atividades e experiências vivenciadas, os resultados e as competências desenvolvidas sustentadas através da evidência científica, bem como as limitações que surgiram e a resolução das mesmas. Todo este processo foi articulado de forma a responder **às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** que inclui o **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria da Qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento nº 140/2019, 2019), que sintetiza:

“(…) as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Em relação aos contextos apresentados anteriormente, direcionei os objetivos, as atividades e todo o processo de aprendizagem ao desenvolvimento de **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área da PSC** nomeadamente:

**a) Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;**

**b) Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;**

**c) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face**

**à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

## **2.1 Intervenção Especializada de Enfermagem no Serviço de Urgência Polivalente**

Iniciei o percurso no SU, inserido na área metropolitana de Lisboa, com início a 15 de maio de 2023 e termino a 21 de julho de 2023. Os SU são caracterizados como contextos diferenciados, de grande afluência com o objetivo de garantir uma resposta apropriada em tempo útil a pessoas que se encontrem em situação de urgência ou emergência (Despacho n.º 10319/2014, 2014). De acordo com os dados estatísticos, verifica-se um aumento exponencial de atendimentos na urgência, onde no ano de 2023 ocorreu um total de 6225139 atendimento na urgência, e um total de 477420 atendimentos com indicação para internamento (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2024). Segundo Machado (2021), Portugal é considerado um dos países na Europa, com um elevado número de episódios de urgência por cada 100 000 habitantes, onde se verificou um aumento nos últimos anos.

De acordo com os objetivos apresentados, o percurso foi desenvolvido num SUP que é considerado o nível III com cuidados e recursos diferenciados, com resposta às situações de urgência e emergência, com o apoio de todas as especialidades, localizado por norma num centro hospitalar central (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Este SUP é direcionado para a pessoa adulta, e está inserido num dos centros de trauma integrados na rede nacional, dispondo ainda de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), com uma equipa de gestão integrada que assegura a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados à PSC podendo colaborar no seu transporte (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Os diversos setores, estão organizados de acordo com o nível de prioridade de atendimento segundo ariagem de Manchester, conhecido pela sua linguagem consensual e uniformizada entre os profissionais de saúde. A sua seleção é realizada através de um fluxograma específico face à queixa apresentada e interpretada pelo enfermeiro,

posteriormente surgem diversos discriminadores que remetem o estado da pessoa face às respostas obtidas (Grupo Português de Triagem, 2021; Marques & Lino, 2021). Assim, estruturalmente o SUP encontra-se dividido em ambulatório e internamento. No ambulatório existem salas de triagem, salas de reanimação equipadas com carros de reanimação, aparelhos de ventilação invasiva e monitorização hemodinâmica, seguidamente o setor laranja composto por gabinetes médicos, sala de tratamentos, setor de amarelos, setor de verdes, gabinetes de diversas especialidades e uma zona exterior, destinados a pessoas com doença respiratória. O internamento destina-se à Sala de Observação (SO).

O fluxo de trabalho num SUP é elevado (Despacho n.º 10319/2014, 2014), e concomitantemente “(...) é uma das áreas hospitalares com maior afluência, onde a procura e o grau de complexidade são elevados e imprevisíveis (...)” (Brazão et al., 2016, p.8), o que implica ter um vasto número de profissionais que integra uma equipa de enfermeiros, médicos e técnicos auxiliares de saúde juntamente com outros profissionais que são fundamentais para complementar os cuidados à PSC.

De modo a dar resposta às necessidades das pessoas, o SUP dispõe de uma equipa multidisciplinar. Relativamente à equipa de enfermagem é constituída sensivelmente 127 enfermeiros, divididos por cinco equipas, em que cada equipa apresenta 20 elementos na prestação direta de cuidados e três elementos no apoio à gestão e coordenação que gerem os recursos humanos, bem como a gestão de vagas disponíveis nos diversos serviços de enfermagem e principalmente para situações críticas que necessitam de continuidade de cuidados imediatos e específicos. A gestão de vagas é sempre realizada com o chefe de equipa médica, de forma a garantir a transferência da pessoa para os serviços adequados, o que permite manter a SO e principalmente a sala de reanimação disponível num curto espaço de tempo, o que irá permitir a prontidão da equipa para a receção da PSC sempre que necessário.

Neste SUP tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à PSC com diversos diagnósticos, focos de instabilidade, e de acordo com os objetivos propostos para estágio dentro das atividades a desenvolver. E perante os objetivos propostos a sala de emergência foi o local de eleição pela variedade de situações clínicas emergentes, graves e críticas, o que potencia a abordagem à PSC (Administração central do Sistema

de Saúde, 2019). O planeamento dos objetivos apresentados e a discussão com o professor orientador, permitiu um ajuste relativamente ao contexto e às expectativas perante as metas inerentes propostas inicialmente.

Ao iniciar o desenvolvimento de competências no SUP, deparei-me com um serviço sobrelotado, com rácios inadequados que me proporcionou a oportunidade de presenciar e intervir em diversas situações, o que contribuiu para a obtenção e incremento de diversas competências científicas, técnicas e humanas nos cuidados especializados de enfermagem perante a realidade deste contexto. Especificamente, no que concerne aos cuidados especializados à PSC, considero pertinente descrever alguns dos casos que contribuíram para a minha aprendizagem.

Das diversas situações que presenciei, a primeira situação que pretendo descrever ocorreu com uma pessoa vítima de PCR, com 42 anos de idade, previamente saudável que iniciou um quadro súbito de mal-estar no período noturno, e posteriormente foi encontrada inconsciente pela família. Contactaram de imediato o 112, e foi acionado a VMER que há chegada ao local constata uma paragem respiratória ainda com pulso palpável, mas posteriormente com evolução para PCR em Atividade Elétrica sem Pulso (AESP). Iniciou-se o SAV durante 20 minutos sem RCE, pelo que acionaram uma equipa específica de *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* (ECPR), que é um procedimento de canulação e através do ECMO se proporciona a perfusão adequada dos órgãos, incluindo o cérebro. Este procedimento é dirigido a pessoas vítimas de PCR quando as medidas de reanimação convencionais não são bem-sucedidas (Kumar, 2021). A pessoa é transportada em SAV para o SUP, mantendo AESP com tempo total de 1 hora e 20 minutos, sem indicação para manter ECPR. A equipa presente verificou que a pessoa cumpria os requisitos para potencial dador de órgãos, segundo os critérios do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT). Após consultar o Registo Nacional de Não Dadores<sup>4</sup> (RENDA), dá-se seguimento ao procedimento, que exige coordenação por uma equipa especializada presente em UCI onde o enfermeiro orienta todo o procedimento que teve uma duração de 150 minutos aproximadamente. Após a chegada

---

<sup>4</sup> O RENDA é um registo informático disponível a todos os cidadãos que se opõem à doação de órgãos e/ou tecidos após a morte. Os hospitais públicos ou privados antes de proceder à colheita pós-morte devem verificar através dos GCCT (Decreto-lei nº244/94).

dos familiares, foi prestado apoio emocional durante a comunicação do óbito, que se revelou complexa devido à idade da pessoa e fatores culturais. Apesar da explicação detalhada referente à legislação aplicável do RENNDA (Decreto de Lei n.º 244/94), os familiares recusaram determinantemente na execução do procedimento, o que culminou a suspensão de todo o processo.

Um membro da equipa de prevenção esclareceu que, embora houvesse indicação para prosseguir, optou-se por respeitar a vontade dos familiares. No *debriefing*, analisou-se a significativa perda de recursos envolvidos, a vontade dos familiares na suspensão do procedimento, alinhada com o que Barradas (2010) e Moraes & Massarollo (2008) referem, ao enfatizarem o respeito à recusa familiar, mesmo quando o dador não manifestou objeção em vida. Esse momento reflexivo permitiu planejar melhorias nos cuidados prestados e reforçar a abordagem centrada na vontade da família.

A realização de um *debriefing* com a equipa possibilitou a reflexão sobre a atuação do enfermeiro em contexto de reanimação, a mobilização e solidificação de conhecimentos alusiva ao processo de doação e transplantação de órgãos nomeadamente a sua importância, e por fim na tomada de decisão perante a vontade da família e a sua importância.

Perante estas situações surgem vários pontos a refletir, nomeadamente a pouca divulgação da temática de doação de órgãos nas instituições e na comunidade, que deve ser aprofundada para que possam esclarecer dúvidas existentes (Morais & Morais, 2012, conforme citado por Souza et al., 2019). Seguidamente a importância na abordagem da equipa perante a vontade da pessoa/família, além dos cuidados ao potencial dador. O apoio à família é uma intervenção fundamental que deve ser assumida pelo enfermeiro, pela sua preparação resultante da formação e da experiência, ajudando numa melhor compreensão do diagnóstico através do esclarecimento de dúvidas ou preocupações que possam surgir (Bartucci, 2003 conforme citado por Rasquinho, 2020), pois a recusa da família na autorização da colheita de órgãos da pessoa falecida é uma das principais razões para a escassez de transplantação (Tomé & Boléo, 1996 conforme citado por Rasquinho, 2020).

No que concerne aos princípios éticos e legais, foi possível verificar que os cuidados prestados e a manipulação do corpo da pessoa, foram realizados perante a

vontade, a dignidade e os direitos humanos especificamente de acordo com o artigo 108.<sup>o5</sup> do Código Deontológico dos Enfermeiros (2015).

Visualizando de uma perspectiva holística a tomada de decisão foi ao encontro de:

“(...) o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática; (Regulamento n.º 190/2015, p. 10087).

De forma a aprofundar a reflexão com esta experiência e respetiva tomada de decisão, frequentei uma ação de formação, designada “Decidir para cuidar- tomada de decisão em Enfermagem” relacionada com a temática, direcionada a situações críticas (Anexo III).

O enfermeiro pode desempenhar uma intervenção decisiva relativamente à referenciação para doação, com consciência do seu valor e atitudes positivas (Collins, 2005), pelo que, deve apresentar conhecimentos e competências referente ao processo de doação de órgãos, o que envolve alguns pontos que verificamos no caso apresentado, nomeadamente: as alterações fisiopatológicas da morte, os cuidados de manutenção do potencial dador, o processo da doação de órgãos, a transplantação, as questões éticas e por fim a comunicação e suporte emocional aos familiares (Lucas, 2017; OE, 2017).

Toda a situação deixou-me sensibilizada, perante a pessoa, os cuidados prestados que foram eficientes, mas não suficientes para a sua recuperação e por fim o luto da família e todo o sofrimento no local. Segundo Benner et al. (2011), o enfermeiro deve apresentar estratégias de forma a evitar a vulnerabilidade perante estas situações, respondendo adequadamente às necessidades da família, pelo que é necessário recorrer

---

<sup>5</sup> O respeito pela pessoa em situação de fim de vida: O enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de: a) Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (Código Deontológico, 2015).

à dicotomia entre o enfermeiro-pessoa do enfermeiro-profissional de forma a facilitar a gestão das suas emoções.

Por norma, a enfatizar o seguimento e o apoio aos familiares neste processo de transição, bem como o respeito e a dignidade da pessoa mesmo após a morte, foi essencial garantir a qualidade dos cuidados, ao qual o enfermeiro especialista deve estar habilitado (Lucas, 2017). Nestas situações é fundamental desenvolver competências para lidar com o processo da morte inesperada, integrando a comunicação de más notícias que nos permite olhar de uma forma holística para a pessoa/família, onde McGlinchey et al. (2023) afirmam que o apoio ao luto deve ser assegurado pela equipa e é um direito da família.

A diversidade cultural representa um desafio para a equipa multidisciplinar, pelo que é fundamental refletir e aprofundar a temática. Neste contexto foi possível complementar alguns conceitos numa ação de formação relativamente à temática “Multiculturalidade em enfermagem - desafios e oportunidades” (Anexo IV), que espelha a dimensão cultural nos cuidados de enfermagem, a promoção de *empowerment* dos pais de crianças em UCI, a proximidade da morte, o morrer e o luto nas culturas Hindu e Muçulmana, e por fim o encontro multidisciplinar na diferença cultural.

Uma segunda situação que pretendo descrever e que contribuiu para a mobilização de conhecimentos, é referente a uma pessoa de 50 anos que se encontrava já em vigilância no SU, com o diagnóstico de infeção respiratória, positivo para *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, que posteriormente entra em PCR, em ritmo de AEsP. Iniciou-se o SAV com RCE após seis ciclos, a pessoa foi EOT e inicia Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Seguidamente a pessoa é transferida para sala de reanimação e realizou-se a abordagem segundo a metodologia transversal prioritária ABCDE. Segundo a avaliação a pessoa apresentava: A- Via aérea permeável com TOT 7.5, 22cm à comissura labial, sem desvio da traqueia, B- Ventilado em volume controlado, FiO<sub>2</sub>= 100%, pressão expiratória final positiva de 6, volumes correntes de 500ml, bem-adaptado, SpO<sub>2</sub>~100%, com expansão simétrica e regular, C- frequências cardíacas entre os 80-95bpm em ritmo sinusal, com uma PAM de 50mmhg, inicia noradrenalina 10ml/50ml a 4cc/h por cateter venoso periférico. É colocada linha arterial pela via radial à esquerda, com tentativa de colocação de cateter venoso central ainda sem sucesso. D- Com escala de coma de

Glasgow (GCS) 3, sedoanalgesiado com propol e fentanilo, pupilas mióticas e hiporeativas, normoglicêmico, E- Apirético, colocada SNG que ficou em drenagem passiva, e foi algaliado com sonda vesical nº18, com integridade cutânea mantida.

Como complemento histórico da PSC, utilizamos a mnemônica AMPLE (*Allergies, Medications, Past medical history, Last meal or drink, Events preceding injury*) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017b; European Burns Association, 2017), realizou-se as colheitas e exames complementares necessários e foram prestados cuidados pós-RCR, nomeadamente: a proteção da via aérea, a monitorização da ventilação/oxigenação, a monitorização hemodinâmica com necessidade de iniciar suporte de fluídos e inotrópicos; a monitorização da temperatura corporal e da glicemia capilar.

No que se remete os cuidados pós-RCR, o enfermeiro pode planear maioritariamente intervenções autónomas e interdependentes, que irão prevenir a síndrome pós-PCR. Relativamente à monitorização da ventilação o enfermeiro pode antecipar um dispositivo de EtCO<sub>2</sub>, monitorizar a SpO<sub>2</sub>, proceder se necessário com a aspiração de secreções, confirmar o posicionamento do TOT, bem como assegurar a pressão do cuff, mantendo a elevação da cabeceira a 30°C, e dentro destas intervenções antecipadas, é exetável manter-se SpO<sub>2</sub> entre os 94% e os 98%, PO<sub>2</sub> entre 75-100mmHg e PCO<sub>2</sub> entre 35-45mmHg. (INEM, 2020; Nolan et al., 2021).

Perante a monitorização hemodinâmica contínua, o enfermeiro deve assegurar um dispositivo adequado de forma a avaliar a PAM e a frequência cardíaca bem como o ritmo cardíaco. É possível otimizar um acesso para administração de fármacos, avaliar a perfusão dos tecidos, monitorizar o débito urinário (Nolan et al., 2021; Perkins et al., 2021; Schiavo Giannetti & Timerman., 2018), e avaliar a dor que deve ser controlada de forma a evitar o sofrimento da pessoa, otimizar o seu conforto o que diminui efeitos adversos da resposta fisiológica negativa à dor, controla a ansiedade e um previne a possibilidade de delírio (Pinho, 2020; Ponce & Mendes, 2019).

No que concerne à disfunção neurológica e à exposição da pessoa, o enfermeiro deve avaliar o nível de consciência através da escala de GCS os reflexos pupilares, avaliar o nível de sedação, a temperatura corporal e a glicemia capilar (INEM, 2020; Milonas et al., 2017 Nolan et al., 2021), bem como promover o conforto através do posicionamento.

Nesta situação a monitorização hemodinâmica deve ser contínua, através dos meios avançados inicialmente externos e posteriormente invasivos, para que se mantenha uma vigilância precisa e concisa, o que irá permitir a decisão de diversas intervenções necessárias através da tecnologia que se classifica como um recurso fundamental para a melhoria e qualidade nos cuidados (Locsin, 2013; Meyer & Lavin, 2005). Torna-se importante realçar que as teorias de enfermagem são essenciais na prestação de cuidados, o que fornece uma base teórica e científica mobilizando a tomada de decisão, e concomitantemente a melhoria na qualidade dos cuidados, enriquecendo a fundamentação de enfermagem como disciplina (Souza et al.,2021).

O planeamento da transferência da pessoa para a UCI ocorreu posteriormente à sua estabilização de forma a assegurar a continuidade de cuidados através da equipa multidisciplinar, que permite manter uma vigilância contínua com o suporte dos diversos recursos tecnológicos disponíveis no contexto. Relativamente ao apoio aos familiares, não foi possível proceder com a transmissão de notícias ou o apoio emocional pessoalmente, pela transferência da pessoa.

Ainda dentro das experiências vivenciadas, partilho uma terceira situação, onde uma pessoa de 37 anos de idade, deu entrada na reanimação acompanhado pela VMER, vítima de uma queimadura após exposição e explosão de uma bateria de lítio, com mais de 50% da área de superfície corporal queimada. A pessoa vítima de uma queimadura extensa encontra-se em situação de emergência, inserida na categoria de trauma, pela grande ameaça à integridade de um ou mais órgãos vitais, o que pode desencadear uma falência multiorgânica, assim, deste modo é necessário garantir meios avançados de vigilância, monitorização contínua e terapêutica dirigida segundo o Regulamento nº 429/2018.

À chegada na sala de reanimação a pessoa encontrava-se EOT sob VMI. Particularmente o enfermeiro especialista na área da PSC, deve realizar a avaliação primária adaptada à pessoa vítima de queimaduras, que segundo a DGS (2017a) se realiza através do ABDCEF, onde surge a letra F (*Fluid resuscitation*) que se refere à fluidoterapia quantificada pela fórmula de *Parkland* e *Brook* modificada. Na sala de reanimação o principal objetivo com este tipo de doente crítico é manter a perfusão tecidual e a funcionalidade dos órgãos, prevenindo futuras complicações durante a fluidoterapia

(Magnette et al, 2011). Inicialmente o posicionamento e o conforto da pessoa são as primeiras intervenções a ser implementadas, posteriormente a reposição de fluídos é das com o objetivo de prevenir o choque hipovolémico através da reposição de líquidos e eletrólitos perdidos (Silva & Castilhos, 2010). Segundo Martinho (2008), as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) na pessoa queimada é a principal causa de morte. Assim de forma a minimizar essa possibilidade, o enfermeiro deve planejar especificamente as transferências e procedimentos realizados de forma a maximizar a prevenção e controle de possíveis infecções (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Como futura enfermeira mestre e especialista, existem vários pontos onde podemos intervir em função às necessidades da pessoa. No SU, a dor é uma das principais queixas da pessoa vítima de queimadura, a pessoa encontrava-se sedoanalgesiada, contudo foi possível adotar medidas não farmacológicas, nomeadamente a aplicação de apósitos humedecidos e o posicionamento da pessoa de forma a promover o seu conforto. Segundo Pinho (2020), é comum a PSC apresentar dor, devido à doença ou à lesão subjacente, perante procedimentos invasivos e estímulos dolorosos desencadeados por intervenções.

Além do conforto proporcionado e complementado com o que a literatura refere, a evolução da queimadura é otimizada em ambiente húmido, devido ao seu papel na manipulação da fibrina e do tecido necrótico, o que evita a desidratação e a necrose celular, este ambiente proporciona a interação eficaz entre os fatores de crescimento e as células-alvo (IPractice Guidelines Committee et al., 2016). Segundo Pott et al. (2013), promover medidas de conforto é inerente à intervenção do enfermeiro, o que promove cuidados humanizados com qualidade, contudo perante a complexidade de tecnologias e ambientes movimentados essa possibilidade torna-se mais limitada.

Existe ainda todo um processo de aceitação e adaptação da pessoa face à lesão tecidular e as alterações físicas que ocorrem e desencadeiam barreiras emocionais, situacionais entre outros, o que proporciona um isolamento social (Martin et al., 2017), onde não foi possível intervir junto da pessoa nesta situação, porém é um ponto a explorar e aprofundar futuramente.

Perante os diversos cuidados específicos à pessoa queimada, após a avaliação e estabilização é por vezes necessário recorrer a cuidados específicos, como a

balneoterapia que decorre na unidade de queimados, o que proporcionando à pessoa vítima de queimadura o mínimo de sequelas possíveis, permitindo a reintegração social, profissional e familiar satisfatória (Martinho, 2008).

Assim perante as diversas situações que tive a oportunidade de experienciar neste contexto apresento as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019)

**A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

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

**A2-** Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Complementando com o domínio de competências de Mestre n.º3: **Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais** (Decreto-lei nº 65/2018, 2018).

O processo de aprendizagem relativamente à responsabilidade ética, o código deontológico, o respeito pelas crenças e valores da pessoa e da família, permitiram reavivar os meus conhecimentos e implementá-los diretamente no SU, que retrata um elevado fluxo, escassez de recursos e por vezes sem barreiras físicas. O fluxo de pessoas, gere uma maior pressão nos cuidados, contudo a minha prestação de cuidados não integrou discriminação económica, social, política, ética, ideológica ou religiosa respeitando os seus valores humanos bem como a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa/família.

A sala de reanimação é um ambiente propício para a exposição da pessoa, contudo, ocorreram diversas situações onde foi possível identificar e refletir sobre dilemas éticos morais e legais da pessoa complementando com a prestação de cuidados. Neste caso a transmissão objetiva de informações de acordo com a condição clínica da pessoa, o apoio emocional, a confidencialidade e a privacidade que desencadeiam confiança no enfermeiro e nos seus cuidados prestados. Assim, de forma a construir um percurso profissional sólido é necessário consolidar as competências especializadas, onde o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) afirma que:

“(...) o Enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Regulamento n.º 161/1996, 1996, p,3).

E de acordo com a atual competência comum do enfermeiro especialista, o REPE afirma que o enfermeiro deve apresentar uma conduta responsável, atuar com os princípios éticos e atuar perante os direitos e interesses da pessoa. (Regulamento n.º 161/1996, 1996).

**B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

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

**B2-** Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; **B3** – Garante um ambiente terapêutico e seguro, que se complementa com a competência de Mestre nº 5- **Participa de forma proactiva e equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais** (Decreto-lei nº 65/2018, 2018).

Neste domínio mobilizei conceitos sobre qualidade e segurança da pessoa, adotei uma atitude proactiva e um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas do serviço e da instituição. Assim o enfermeiro deve focar-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017) constituem que focam a: **A Satisfação do cliente, A Promoção da saúde, A Prevenção de complicações, o Bem-estar e o Autocuidado, a Readaptação Funcional, a Organização dos Cuidados de Enfermagem** bem como a **Prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados** e a **“Segurança nos Cuidados Especializados.”**

Os Padrões de Qualidade mencionados descrevem “um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2017, p. 5). No que concerne aos padrões de qualidade, adotei uma atitude proativa nos cuidados à PSC, colaborando com um projeto referente aos

fármacos utilizados em reanimação (Apêndice III). Este projeto tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados, permitindo uma maior segurança na preparação imediata de fármacos, perante a imprevisibilidade, o stress e complexidade inerente aos cuidados prestados à PSC na sala de reanimação. A exposição do projeto foi desenvolvida em concordância com o enfermeiro e o professor orientador, com posterior aprovação do enfermeiro chefe.

No contexto de SU, existem pelos diversos fatores que contribuem para limitar a eficácia e a segurança da PSC nomeadamente: a gravidade de cada pessoa, a afluência, a sobrelotação e a pressão constante aos profissionais de saúde (Lachman et al., 2022 conforme citado por Monteiro, 2022), outra estratégia que potencia a melhoria contínua dos cuidados é o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes<sup>6</sup> (PNSD) (2021-2026). Existem diversos protocolos que o enfermeiro especialista deve consultar e aplicar na sua prática, de forma a consolidar conhecimentos e intervenções perante o circuito e encaminhamento da PSC.

Neste contexto tive a oportunidade de consultar e aplicar alguns protocolos nomeadamente o da Via Verde (VV) Acidente Vascular Cerebral (AVC), VV Trauma, VV Coronária e VV Sépsis (Regulamento n.º 10319/2014, 2014) por norma é consentânea na triagem ou no pré-hospitalar. O principal objetivo da VV abrange o "(...) encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações" (Regulamento n.º 015/2017, 2017c, p.17).

**C- Domínio da Gestão dos cuidados** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

**C1-** Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde;

**C2-** Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Complementando a competência de mestre n.º 1:

**Demostra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na**

---

<sup>6</sup> O PNSD (2021-2026) está estruturado em cinco pilares: a cultura de segurança; a liderança e governança; a comunicação; a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; as práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

**supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada** (Decreto-lei nº 65/2018, 2018).

Existem diversos acontecimentos que necessitam de organização e que influenciam a organização dos profissionais, o enfermeiro especialista é responsável e deve garantir a gestão de cuidados, articulando com a equipa multidisciplinar delegando tarefas diretamente de forma a garantir a segurança da pessoa. No SU é necessário articular com toda a equipa e organizar de acordo com o fluxo os diversos setores, a receção de pessoas no extra-hospitalar, a realização de exames complementares, o transporte da PSC e os recursos necessários a utilizar. Durante o meu percurso foi possível acompanhar a enfermeira orientadora, verificar a influência de uma boa comunicação e gestão com a toda a equipa que promove a melhoria contínua da qualidade nos cuidados prestados à pessoa/família.

Perante a diversidade de ocorrências/complicações, adaptei-me com facilidade à dinâmica do SU, existiram diversos fatores que contribuíram para o aproveitamento deste estágio com sucesso, como a integração imediata na equipa/serviço, e as oportunidades de aprendizagem com possibilidade de intervir em diversos cuidados referente à PSC e à família.

**D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

**D1-** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

**D2-** Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Este domínio coincide com a Competência de mestre nº 2- **Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência**; 4 – **Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida** (Decreto-lei nº 65/2018, 2018).

Relativamente a este domínio surgiram oportunidades na prestação de cuidados diretos à PSC, com VV ativadas, politraumatizados, vítimas de PCR, e outras situações que envolvem diversas especialidades. O cuidado especializado de enfermagem perante estes diversos casos permite a adaptação de cada pessoa e/ou família, a preparação da unidade para a sua receção, o conhecimento de procedimentos nunca realizados e a utilização de recurso tecnológicos avançados como: a linha arterial, a preparação da

pessoa para iniciar ECMO, a utilização do *Lund University Cardiac Assist System (LUCAS)*<sup>7</sup>, a EOT e o transporte da pessoa.

Perante os diversos casos descritos, a vigilância é primordial, o que permite desenvolver conhecimentos especializados, evitando a deterioração do estado clínico da PSC o que se torna essencial para a prática de cuidados (Meyer & Lavin, 2005), assim, os enfermeiros são os principais profissionais a identificar alterações que comprometem o estado de saúde do pessoa, o que promove o desenvolvimento de competências direcionadas à identificação antecipada do agravamento clínico o que promove a primeira linha de defesa da pessoa (Benner, 1984).

De acordo com o tema do meu projeto, foram inúmeras as oportunidades que presenciei no SU, porém os cuidados pós RCR são reduzidos na reanimação. Após a estabilização da função cardiopulmonar e realização dos exames complementares de diagnóstico, a pessoa segue para a UCI que dispõe de diversos recursos humanos e meios tecnológicos diferenciados minimizando possíveis alterações como o desenvolvimento da síndrome pós-PCR. Porém, durante a abordagem da pessoa pós-RCR, verifiquei que diversas intervenções correspondem à neuroprotecção (Enohumab et al., 2006; Perkins et al., 2021; Skrifvar et al., 2021).

Dentro das competências específicas (Regulamento n.º 429/2018, 2018), o enfermeiro especialista deve apresentar capacidades para mobilizar os seu conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil, tendo em conta a complexidade e comorbilidades da PSC.

### **1º- Competência específica- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, 2018) perante à diversidade, complexidade e exigência dos processos médicos e/ou cirúrgicos experienciados pela PSC, o Enfermeiro deve:

---

<sup>7</sup> LUCAS é um dispositivo portátil destinado a realizar compressões torácicas consistentes e contínuas, o que facilita o profissional de saúde (AHA, 2020).

“(…) eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na concepção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (p. 19360).

Neste contexto existiu a possível de colaborar diretamente na atuação de cuidados à PSC, com desde a alteração do estado de consciência, disritmias, PCR com RCE, reações anafiláticas, falências multiorgânicas, infecção respiratória aguda, entre outros. De forma a atualizar os meus conhecimentos frequentei o curso do SAV (Anexo V) onde foi possível abordar diversas alterações cardiovasculares, a prevenção e os diversos tipos de PCR, e os cuidados pós-PCR, que permitiu sedimentar os conhecimentos existentes relativamente ao tema do meu projeto.

Os primeiros cuidados prestados à PSC vítima de trauma ocorreu neste contexto, onde procurei alinhar a teoria com a avaliação inicial, considerando o protocolo existente no serviço, e como complemento foi inserido no plano da ESEL o curso *Advancer Trauma Care for Nurses* (Anexo VI) focando no tipo de abordagem e as lesões existentes, os principais cuidados à PSC vítima de trauma, bem como os cuidados no transporte da PSC. Contudo, a abordagem à PSC vítima de trauma é muito sofisticada no que concerne a técnicas complexas (alinhamento em posição neutra em plano dura, aplicação do colar cervical, prevenção de úlceras de pressão entre outros), meios complementares de diagnóstico que revelam informações específicas para intervenções direcionadas.

## **2º- Competência específica- Resposta a situações de catástrofe ou emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação.**

Perante a presente competência específica, o Regulamento n.º 429/2018 (2018), afirma que o enfermeiro deve:

“cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; planeia resposta à situação de catástrofe; gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (p.19363-19364).

Durante a minha prática profissional neste contexto não ocorreram situações de catástrofe, ou emergência com multivítimas, assim não foi possível aplicar a concepção do plano estratégico ou emergência. Mas de forma a conhecer e adquirir conhecimentos

específicos sobre esta competência, participei no plano de emergência externa e interna do SU (Anexo VII). O plano de emergência de cada serviço deve ser conhecido por toda a equipa multidisciplinar, para que possa existir coerência, eficiência e resposta imediata na atuação às situações de emergência, contudo o enfermeiro especialista deve conhecer os planos da instituição de forma a liderar e dar resposta a situações de emergência multivítimas (OE, 2017).

### **3º- Competência específica- intervenções na prevenção e controle da infeção e da resistência antimicrobiana à PSC.**

As IACS são atualmente “um problema importante e complexo de saúde pública” (Duarte & Martins, 2019, p.25). No presente contexto, existem inúmeras variáveis que condicionam a atuação dos profissionais e saúde na prevenção e controle de infeção, uma vez que existe um grande fluxo de cuidados à PSC. Contudo, foi possível proceder às boas práticas nos cuidados prestados à PSC, de forma a cumprir as normas de prevenção de infeção preconizadas pelo Programa de Prevenção e Controle de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Perante a complexidade atual o PNSD (2021-2026), implementou uma estratégia nomeadamente “Reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” (p.103).

Particularmente no SU, existe a possibilidade de isolamento das pessoas com suspeita ou confirmação de infeção, o que culmina a adaptação dos equipamentos individuais a ser utilizados para cada tipo de isolamento. O equipamento individual de proteção e o material necessário para realização de técnicas invasivas era adequado e foi utilizado corretamente conforme preconizado pelo PNSD (2021-2026), com o propósito de prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.

É importante atuar na prevenção das IACS uma vez que é considerada” causa significativa de mortalidade, morbilidade e consumo acrescido de recursos hospitalares, para além dos custos indiretos, como a qualidade de vida, dor e sofrimento dos utentes e familiares” (Duarte & Martins, 2019, p. 25).

## 2.2 Intervenção Especializada de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos

Dei seguimento ao meu percurso numa UCI na área metropolitana de Lisboa, com início a 25 de setembro de 2023 a 09 de fevereiro de 2024.

Segundo o Ministério da Saúde, as **UCI** são classificadas pelo nível de cuidados prestados nomeadamente: **Nível I**- Que enquadra a monitorização contínua por norma não invasiva, vigilância pós-operatória com capacidade de assegurar as manobras de reanimação; **Nível II**- Que requer uma monitorização mais complexa, com assistência médica qualificada, capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; podendo não garantir o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular...) devendo assim garantir a sua gestão com unidades de nível superior; **Nível III**- Considerado o nível mais elevado, com capacidade de resposta à PSC em falência múltipla de órgãos e risco de vida iminente, com necessidade de suporte hemodinâmico ou substituição da função renal. Este nível possibilita ainda o acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários, deve ainda dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ponce, 2015; Regulamento nº 743/2019, 2019).

A UCI onde realizei o estágio curricular é referente ao nível III, que admite pessoas com diversos diagnósticos de especialidades médica, cirúrgica, neurocríticos e politrauma, dispondo de cinco salas com um total de 18 camas, e uma sala destinada a pessoas que necessitem de técnica dialítica intermitente.

Os cuidados prestados em UCI são exclusivos de uma prática especializada, com tecnologia avançada e neste contexto a equipa multidisciplinar deve apresentar um conjunto de conhecimentos e competências, nomeadamente habilidades e gestão dos recursos intrínsecos perante a complexidade de situações que ocorrem, de forma a assegurar os cuidados integrais à PSC. E segundo Locsin (2013), a “competência tecnológica no cuidado em enfermagem é a demonstração efetiva das atividades praticadas pelos enfermeiros de forma intencional, deliberada e autêntica, em ambientes que exigem “expertise” tecnológico” (p.2), pelo que é necessário que o profissional de

saúde apresente conhecimentos técnicos e teóricos, para prestar cuidados específicos à pessoa através de recursos tecnológicos inovadores que uma UCI dispõe. Nesta UCI, a dotação de cuidados é de um enfermeiro para duas pessoas, sendo que existem cinco equipas com um elemento principal que assume a chefia, e dois elementos que ficam de apoio às necessidades do serviço.

Ao iniciar o estágio curricular verifiquei que a diversidade de situações iria superar as minhas expectativas, pois de acordo com Pinho (2020), o contexto referido dispõe de inúmeras oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências, pela diversidade de pessoas com doença crítica e/ou falência orgânica, e pelos aspetos que envolve o processo saúde-doença, ético-legais, sociais e humanitários.

Relativamente ao tema do meu projeto, delineei assim, os objetivos bem como as atividades a desenvolver. Uma das atividades propostas inicialmente, foi a realização de um estudo de caso como um processo de aprendizagem, que implica a necessidade de refletir e repensar na ação. É de extrema importância que durante a prática, ocorra o desenvolvimento do pensamento crítico e refletido que irá promover uma melhoria contínua na intervenção do enfermeiro, com o objetivo na qualidade dos cuidados prestados (Teixeira, 2017).

O estudo de caso escolhido fundamenta a intervenção especializada de enfermagem à pessoa para potencial dador de órgãos pós-PCR e o conforto aos familiares de referência após a comunicação de más notícias.

De forma a alicerçar o estudo de caso mobilizei a mnemónica ISBAR<sup>8</sup>, que simplifica a compreensão na transmissão de informações de forma padronizada, flexível e clara de forma a garantir a segurança e a continuidade de cuidados (DGS, 2017b). Este método é uma estratégia padronizada, que melhora a comunicação entre os profissionais, reduz o tempo de transmissão de informação diminuindo assim erros na comunicação entre os profissionais de saúde (DGS, 2017b). Esta metodologia enquadra um dos objetivos implementado no PNSD (2021-2026) “Aumentar a segurança da comunicação”.

---

<sup>8</sup> ISBAR - *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (DGS, 2017b).

Relativamente ao caso, trata-se de uma pessoa com 25 anos de idade, caucasiana, que no decorrer de uma cirurgia eletiva, entra em PCR e iniciou-se SAV com posterior RCE. Submetida a EOT com VMI, sob sedoanalgesia, acionaram a VMER para realizar a transferência da pessoa para uma UCI. Sem Antecedentes pessoais, medicação habitual e /ou alergias conhecidas.

Na admissão na UCI, seguindo a metodologia ABCDE, a pessoa encontrava-se EOT, VMI em pressão controlada, PEEP 6 e FiO<sub>2</sub> 25%, SpO<sub>2</sub>~99%, com taquicardia sinusal de 140bpm e PAM 70-120mmHg, com GCS 4, segundo a escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS)<sup>9</sup> apresentava -4 (sedação profunda), pupilas midriáticas não reativas, com início de mioclonias mandibulares, inicia assim terapêutica dirigida. Encontrava-se febril a cumprir antipiréticos.

Neste contexto foram implementadas medidas de neuroprotecção, nomeadamente monitorização adequada da ventilação/oxigenação, monitorização contínua de EEG, e por manter mioclonias inicia perfusão de midazolam, com efeito. Posteriormente com PAM<50mmHg inicia aporte de amins e é incrementada fluidoterapia. Foram realizados várias colheitas analíticas e exames complementares nomeadamente eletroencefalograma sem atividade elétrica cerebral e ressonância magnética crânio encefálica com alterações agudas.

Com agravamento progressivo do estado clínico da pessoa após as diversas intervenções implementadas, como futura mestre e especialista é necessário refletir e planear os devidos cuidados, onde “a enfermeira apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos isolados e as suas ações são guiadas por máximas, mas com uma grande compreensão da situação” (Benner, 2011, p. 54-55).

É importante referir que enfermeiro deve possuir uma qualificação adequada com a habilidade de aplicar de forma integrada às suas competências profissionais, exercendo uma prática que articule conhecimentos técnicos e científicos com o domínio da tecnologia. Simultaneamente, é indispensável preservar a humanização dos cuidados,

---

<sup>9</sup> RASS- Escala que serve para quantificar o *delirium*, e o nível de sedação na pessoa sedoanalgesiada (RAAS-5: incapaz de ser despertado, -4: sedação profunda, -3 sedação moderada, -2: sedação leve, -1; sonolento, 0: alerta, calmo, +1: inquieto, +2: agitado, +3: muito agitado, +4: agressivo) (Bento et al., 2022).

valorizando o usuário como um ser único e holístico, considerando todas as suas dimensões (Pinho, 2020).

De acordo com o Regulamento n.º 156/2015 (2015), o enfermeiro deve:

“(...) Respeitar a intimidade da pessoa (...)”, “(...) sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem”, e “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”, de forma a “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (p. 8104). Na presente situação foi possível organizar e atuar em conformidade com os aspetos referidos, na implementação de estratégias referente à privacidade, intimidade e dignidade da pessoa.

Após as intervenções realizadas nomeadamente a preparação minuciosa da família perante o prognóstico da pessoa, foram realizadas as primeiras provas de morte cerebral<sup>10</sup>, incluindo os potenciais evocados<sup>11</sup>.

A avaliação da ausência de reflexos do tronco cerebral inclui a ausência da resposta motora somática, do reflexo fotomotor, córneo, oculomotor, oculovestibular faríngeo e profundo e por fim se necessário o teste de apneia que confirma ausência da respiração espontânea (Ponce & Mendes, 2015). Para realizar as provas de morte, é necessário no mínimo dois conjuntos de prova com um intervalo mediante a situação clínica e a idade, a presença de dois médicos especialistas na área de neurologia, neurocirurgia ou cuidados intensivos, tendo em conta que nenhum dos médicos envolvidos pode pertencer à equipa de transplante e doação de órgãos e não deve pertencer à UCI onde a pessoa se encontra internada (Despacho normativo nº 713/94, 1994).

No processo de melhoria contínua dos cuidados, a tomada de decisão em enfermagem é crucial e deve ser ponderada perante os fatores necessários, assim a capacidade de decidir que se encontra interrelacionada com a vertente ética e a autonomia do enfermeiro (OE, 2002; Rigon et al., 2016). Uma das intervenções do

---

<sup>10</sup> Existem dois tipos de morte cerebral, a global e a do tronco cerebral. A diferença consiste na necessidade de confirmar a ausência de atividade do tronco cerebral associada à certificação de ausência de atividade hemisférica no caso de morte cerebral global (Ponce & Mendes, 2015).

<sup>11</sup> Os potenciais evocados, avaliam a atividade elétrica de vias neuronais subcorticais específicas em resposta a estímulos externos, e incluem quatro tipos nomeadamente: visuais, auditivos e motores (Bento et al., 2022).

enfermeiro mestre e especialista presente nesta situação, reflete a integração da família nos cuidados prestados à pessoa. Segundo o código deontológico, o enfermeiro deve: “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 156/2015, p. 8103). Concomitantemente, as estratégias de comunicação são ferramentas fundamentais no cuidado à PSC, pela possibilidade de manter a humanização nos cuidados de enfermagem, pautado em atitudes positivas no relacionamento interpessoal. Essas atitudes ajudam a reduzir a imparcialidade e fortalecem a proximidade entre o enfermeiro e a pessoa/família (Mendes et al., 2020).

Perante o prognóstico reservado, a transmissão de más notícias constitui uma realidade constante no cotidiano dos enfermeiros, sendo também uma das áreas mais desafiadoras e complexas no âmbito da relação interpessoal. De acordo com a evidência científica, a transmissão de más notícias enquadra uma das áreas mais complexas a desenvolver na relação interpessoal, pelos que pode dificultar uma comunicação eficaz (Borges et al., 2012; Mc.Guidan, 2009, conforme citado por Costa, 2014). A classificação internacional para a prática de enfermagem (2019), atribui a comunicação como um: “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (p.47).

Neste caso a família havia sido previamente preparada para esta possibilidade, e a equipa multidisciplinar trabalhou especificamente para dar resposta a todas as questões. A equipa de enfermeiros, médicos e psicólogos foram empáticos e informaram devidamente à família da possibilidade de doação de órgãos, dando espaço à expressão de emoções perante toda a situação. A comunicação de más notícias é uma intervenção importante, suscetível e desafiadora pelo conjunto de questões éticas envolvidas à PSC e pelo ambiente nomeadamente a UCI, apesar de ser uma responsabilidade médica, o enfermeiro especialista deve apresentar competências e atitudes específicas visando informar detalhadamente e adequadamente todo o processo à pessoa e/ou família (Magalhães, 2014), proporcionando num ambiente calmo, confortável de forma a transmitir compaixão e assistência adequada às suas necessidades (Bartucci, 2003; Transplant Procurement Management, 2007). A comunicação clara, cuidadosa e eficiente é fundamental na transmissão de más notícias (Apolónia et al., 2018). Neste contexto

considero que todo o processo decorre de forma gradual, contudo através da assertividade, presença e escuta ativa, promoção da privacidade, humanidade e dignidade proporcionaram uma melhoria nos cuidados prestados, o que proporciona o bem-estar e autocuidado apresentado nos padrões de qualidade (OE, 2017), onde o enfermeiro especialista na área da PSC deve promover uma relação de ajuda que irá facilitar no processo de luto e morte digna.

Mobilizando dois referenciais teóricos que fundamentam a situação descrita, de forma holística, onde “a enfermagem é teoria em ação e todo o ato de enfermagem encontra a sua base numa teoria.” (José & Sousa, 2021, p.3 conforme citado por Peixoto, 2023), utilizei como referência uma Teoria de Médio Alcance Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 2003), no sentido de promover o conforto e aliviar o sofrimento da pessoa/família. A teoria do conforto de Kolcaba inclui três estados de conforto, nomeadamente o: alívio (estado no qual o pessoa/família se encontra satisfeita perante uma necessidade específica), tranquilidade (estado de calma e bem-estar) e transcendência (condição de superação dos problemas ou sofrimento) considerando quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Perante a transmissão de más notícias a comunicação com a família, é fundamental de forma a proporcionar calma, tranquilidade, um ambiente favorável, aliviando o stress existente (Kolcaba, 1995).

A segunda teoria de Médio é referente ao Alcance das Transições de Afaf Meleis, onde os enfermeiros “(...) tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições que se aproximam e quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença” (Meleis et al., 2000 p. 13). A família no processo de transição de Saúde-Doença referente à pessoa, necessita de segurança, conforto, suporte e informação, enquadrando na transição situacional (Bailey et al., 2010; Meleis, 2000). De forma a completar os meus conhecimentos relativamente ao processo de transição saúde-doença, nomeadamente a adequação de estratégias facilitadoras participei num webinar referente à temática (Anexo VIII).

Focando na possibilidade de cuidar de outras pessoas, a transplantação de órgãos é permite melhorar a qualidade de vida de várias pessoas ou mesmo salvar vidas. Para que ocorra a transplantação é obrigatório que ocorra a doação de órgãos, que inclui a identificação e avaliação do potencial dador, a confirmação do consentimento para a

doação e a manutenção do dador (*World Health Organization, 2007*). Assim, a equipa de UCI sinalizou o caso ao GCCT e após consulta do RENNDA manteve-se o suporte orgânico em contexto de manutenção de potencial dador de órgãos. Neste caso consegui acompanhar todo o processo do potencial dador de órgãos em ambiente de UCI segundo o protocolo que a instituição dispõe.

Segundo o Regulamento nº 244/1994, (1994), os hospitais devem de consultar o RENNDA através do GCCT, de forma a excluir a existência de oposição ou restrições à dádiva constantes do RENNDA de forma a avançar com a colheita *post mortem* de tecidos e/ou órgãos. Os cuidados ao potencial dador de órgãos inclui a prevenção, a deteção precoce e o tratamento imediato após a morte cerebral, de forma a evitar complicações e garantir que os órgãos possam ser removidos e transplantados dentro das melhores condições possíveis. Dentro do protocolo instituído na UCI de acordo com os termos legais, os cuidados ao potencial dador requerem a manutenção da pressão de perfusão, incluindo a regra dos 100<sup>12</sup>, a manutenção da temperatura; a prevenção e tratamento de infeções; a garantia de uma ventilação mecânica adequada; a verificação de possíveis alterações na coagulação e por fim a transferência para o bloco operatório para a colheita de órgãos e tecidos. Segundo o código deontológico: “o enfermeiro no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital assume o dever de: participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (OE, 2015, p. 64).

A avaliação e o controle dos parâmetros hemodinâmicos do potencial dador são da competência do enfermeiro, que deve apresentar conhecimentos específicos das possíveis repercussões fisiopatológicas inerentes à morte cerebral (Guetti & Marques, 2007; OE, 2017). Freire (2014), refere ainda que os cuidados de manutenção ao potencial dador devem ocorrer em meios apropriados, através de materiais específicos e tecnológicos necessários, pelos profissionais especializados, envolvendo os familiares.

Segundo Mentzelopoulo et al. (2018), existem princípios éticos e perante a doação e transplantação de órgãos, nomeadamente: o princípio da beneficência permite focar no cuidar e fazer o bem, onde o enfermeiro deve atuar de acordo com os princípios éticos

---

<sup>12</sup> De acordo com o protocolo da UCI que segue as normas do GCCT, é necessário realizar diversas intervenções de forma a manter uma boa pressão de perfusão orgânica que inclui a “regra dos 100”: pressão arterial sistólica- 100mmHg; diurese horária-100ml/h; pressão venosa central- 100mm/H2O; PaO2- 100mmHg; Hemoglobina 100mg/dl; glicémia-100mg/dl.

de forma a beneficiar o outro após verificar o risco-benefício. A honestidade é outro princípio que se aplica, onde o enfermeiro deve procurar de forma clara e concisa, a melhor forma de comunicar com a família sobre os cuidados prestados e todo o processo envolvente. Por fim, a conservação do respeito e da dignidade da pessoa, onde o enfermeiro deve: respeitar e fazer respeitar a manifestação da família pela perda da pessoa em fim de vida, respeitar e fazer respeitar o corpo da PSC perante os cuidados ao corpo após a morte (código deontológico, 2015).

Como futura mestre e especialista é importante focar um protocolo dentro das necessidades da pessoa/família. *Buckman* (1992) desenvolveu um protocolo de más notícias, que consiste na realização de seis passos. Conhecido pelo acrónimo SPIKES que especifica *Setting*, (preparação do contexto); *Perception* (entender o que a pessoa já sabe); *Invitation* (descobrir até que nível a pessoa quer saber); *Knowledge* (partilhar informação); *Emotions* (responder face às reações da pessoa) e *Strategy* (planear o seguimento). Este protocolo facilita na perceção do sistema de crenças e valores da pessoa e da família, a organização da informação sobre a comunicação do problema de forma a dar a melhor resposta às diversas emoções que surgem perante a má notícia, auxiliando o enfermeiro na planificação do apoio emocional (Gomes, 2019).

Segundo as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019):

**A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste contexto as questões éticas e legais são devidamente cumpridas, pelo ambiente controlado e pela preparação prévia de toda a equipa multidisciplinar. Perante algumas situações, tive a oportunidade de discutir e refletir conjuntamente com o enfermeiro orientador e a restante equipa, relativamente ao cariz ético que envolve os cuidados de enfermagem respeitando o código deontológico, as crenças e valores da pessoa e da família.

Na UCI existe uma sala própria para receber a família ou a pessoa de referência, de forma a garantir a privacidade, confidencialidade e dignidade da pessoa internada, o que permite uma comunicação clara e precisa. Os familiares apresentam algum constrangimento perante este ambiente fechado que leva a uma ansiedade precoce

perante a notícia referente à pessoa internada. Contudo as suas emoções, expressões e liberdade para questionar e expor possíveis dúvidas é uma mais-valia tanto para a pessoa que recebe a notícia, como para o profissional de saúde que necessita de algumas estratégias de comunicação para a transmissão de notícias.

Um ambiente em UCI é maioritariamente angustiante tanto para a pessoa que se encontra em estado crítico, como para a família que presencia situações complexas e por vezes irreversíveis num ambiente tecnológico, contudo existe a preocupação de minimizar essa visão e preparar previamente os familiares para o contexto, os horários de visitas são programados, e existe uma preparação previa dos familiares relativamente o estado clínico da pessoa bem como o ambiente de internamento. Como futura enfermeira especialista, é importante cumprir com responsabilidade e de forma legal as necessidades da pessoa e da família individualmente de forma a proporcionar o seu bem-estar e qualidade nos cuidados.

**B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Perante os padrões de qualidade (OE, 2017) e o PNDS (2021-2026), a UCI dispõe de vários fatores que potenciam a melhoria contínua dos cuidados, como escalas e protocolos próprios do serviço, que são um instrumento de avaliação no planeamento e tomada de decisões. Foi desafiante e complexo todas as situações que presenciei na UCI, existem diversas especialidades que necessitam de cuidados diferenciados como os neurocríticos, politrauma, pós-PCR, queimados, cirúrgicos entre outros que necessitam de vigilância contínua pela instabilidade hemodinâmica, pela necessidade de VMI ou de técnicas de substituição da função renal. Nesta unidade tive a oportunidade conhecer, explorar e aplicar alguns protocolos que potenciam a melhoria dos cuidados. Este contexto dispõe de diversos meios tecnológicos exclusivos e próprios para a estabilização, manutenção e vigilância da PSC decorrentes da doença aguda ou crónica tais como: *Bispectral index*<sup>13</sup> (BIS), Drenagem Ventricular Externa (DVE), *Pulse Contour Cardiac Output*<sup>14</sup> (PICCO®), Pressão Intra-Abdominal (PIA), Sistema de controle

---

<sup>13</sup> **BIS**- É uma técnica de EEG frontal, utilizada na avaliação da profundidade anestésica (Bento et al., 2022).

<sup>14</sup> **PICCO®**- é um dispositivo que permite avaliar o débito cardíaco através da técnica de termodiluição transpulmonar (Bento et al., 2022).

transfuncional e um protocolo de perfusão de insulina próprio da unidade. Concomitantemente existem escalas preconizadas no serviço nomeadamente: *Confusion Assessment Method in the ICU*<sup>15</sup> (CAM-ICU), RASS, a escala de coma de GCS, escala de *Behavioural Pain Scale*<sup>16</sup> (BPS) entre outros, que possibilitam a antecipação de cuidados ajustado a cada pessoa, uma gestão adequada de medidas farmacológicas e não farmacológicas, o que desencadeia o bem-estar e conforto e a prevenção de futuras complicações (OE, 2017).

Todos os protocolos e escalas implementadas na UCI garantem a melhoria contínua dos cuidados, reforçando a segurança da pessoa, e neste contexto como futura enfermeira especialista foi possível entender e interligar os padrões de qualidade como padrão base na minha ação profissional neste contexto. Benner (2001) afirma que os protocolos são normas que possibilitam a qualidade nos cuidados, e em simultâneo podem individualizar os cuidados, o que permite ao enfermeiro a mobilização desses protocolos consoante o seu julgamento clínico para benefício da pessoa.

De forma a refletir perante a qualidade de cuidados e ensinamentos realizados à pessoa internada em UCI, foi possível presenciar algumas consultas de *follow up*<sup>17</sup> que decorre entre três e seis meses após a alta (Bento et al., 2022). Pretendia presenciar a consulta referente aos cuidados pós-RCR, de forma a complementar e espelhar a importância da intervenção do enfermeiro na qualidade de vida da pessoa não foi possível. Ainda assim presenciei outras situações, que me permitiram refletir e analisar o *outcome* do estado atual da pessoa após a sua recuperação, bem como possíveis sequelas provenientes do internamento. A presente consulta, dispõe de diversas avaliações através de inquéritos e escalas que permitem prever a presença da *Post-Intensive Care Syndrome* (PICS)<sup>18</sup> (Bento et al., 2022), e retrata uma das práticas implementadas em UCI, que visa avaliar as

---

<sup>15</sup> **CAM-ICU**- Escala que avalia o *delirium*, que pode ser utilizada na pessoa que não comunica verbalmente (Bento et al., 2022).

<sup>16</sup> **BPS**- É uma das escalas preconizadas para avaliar a dor da pessoa sedada, ventilada ou com perturbações cognitivas. Esta foi a primeira escala a ser criada e a mais utilizada para avaliar a dor na pessoa EOT, VM sem capacidade de se autoavaliarem (Bento et al., 2022), dispondo de três indicadores de expressão nomeadamente: facial, movimento dos membros superiores e a adaptação à VM. A pontuação mínima é três, e significa que a pessoa encontra-se sem dor, a pontuação máxima nesta escala é de 12 (Bento et al., 2022; Viana & Torre, 2017).

<sup>17</sup> A **consulta de follow-up** é direcionada à PSC e à família, com o objetivo de avaliar e diagnosticar sequelas no domínio físico, psicológico e cognitivo relacionado ao internamento de UCI (SNS, 2022).

<sup>18</sup> A *society of critical care medicine* definiu a **PICS** como um conjunto de alterações físicas e psicológicas subagudas/ crónicas que se apresentam após o internamento por doença crítica (Bento et al., 2022).

necessidades da PSC e da família, permitindo um cuidado holístico, o que proporciona um acompanhamento contínuo após a alta clínica.

Segundo LaBuzatta et al. (2019), a alta da UCI retrata o fim de uma fase hiperaguda, concomitantemente o início de uma fase com foco na recuperação. Relativamente às questões que foram colocadas na consulta face ao diagnóstico de admissão em UCI, relata bem os padrões de qualidade (OE, 2017) nomeadamente a satisfação da pessoa/ família, onde o enfermeiro especialista busca criar uma comunicação interpessoal, através de medidas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica, intervindo de forma holística face à situação.

Na promoção de saúde, o enfermeiro avalia os conhecimentos e as capacidades da pessoa/família relativamente à recuperação, fornecendo informações direcionadas à aprendizagem cognitiva evitando processos complexos decorrentes da alta clínica. Na prevenção de complicações é possível identificar evidências relacionadas com a PICS, antecipa complicações provenientes da doença, o que promove o bem-estar através de cuidados individualizados com rigor técnico e científico que contribuem para a promoção da qualidade de vida. Perante o processo de transição situacional para a pessoa/família, o enfermeiro especialista implementa intervenções adequadas, o que permite uma readaptação funcional nomeadamente o planeamento da consulta de *follow-up*. Neste sentido, é possível garantir a máxima eficácia na organização dos cuidados prestados, promotores de qualidade desde o internamento da pessoa em UCI até à alta clínica.

### **C- Domínio da Gestão dos cuidados** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A gestão global da UCI é desempenhada pelo enfermeiro gestor e elementos diferenciados de apoio à gestão, concomitantemente cada equipa dispõe de um enfermeiro chefe de equipa, que é enfermeiro especialista, e diariamente desempenham funções acrescidas na gestão do serviço, nomeadamente na organização dos recursos humanos e materiais de forma a garantir os melhores cuidados à PSC.

Neste contexto, foi possível acompanhar um enfermeiro responsável pela gestão de cuidados e recursos materiais e na sua articulação com a equipa multidisciplinar. A implementação de métodos de organização no serviço, deve ser minuciosa perante a complexidade de cuidados e os inúmeros procedimentos que decorrem diariamente, nomeadamente a gestão de transferências e admissão da PSC, a articulação com a equipa

multidisciplinar na tomada de decisões, a visão holística do contexto de forma a planear e intervir perante as prioridades existentes, a notificação de incidentes ou eventos adversos e a gestão de possíveis conflitos ou intercorrências. A gestão de recursos materiais, a gestão de produtos farmacêuticos também é da responsabilidade do enfermeiro gestor.

Existiu ainda a oportunidade de assistir a diversas passagens de turno, onde existe uma comunicação eficiente e clara, que remete as necessidades atuais do serviço nomeadamente da equipa, do ambiente e da pessoa internada.

#### **D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

(Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Todo o contexto que envolve a PSC é complexo, e a UCI é o contexto mais diferenciado e específico, pois requer de recursos humanos especializados, diversos meios tecnológicos avançados que permite responder prontamente ao suporte, vigilância e monitorização contínua e minuciosa da PSC (Moraes & Kron-Rodrigues, 2021), assim, é necessário que o enfermeiro especialista foque na aprendizagem, atualização e partilha de conhecimentos com toda a equipa multidisciplinar o que ocorreu diversas vezes nesta UCI. Os elementos da equipa têm o apoio dos chefes de equipa que são uma mais-valia na aprendizagem da equipa nomeadamente na partilha e atualização de informações.

Ocorreram diversas atividades que complementei com o estágio curricular, nomeadamente as Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva (Anexo IX), e o congresso Internacional do Doente Crítico (Anexo X), que abordaram diversas temáticas referente à PSC, bem como a exposição de trabalhos científicos que foram apresentados por enfermeiros e médicos. Como referência ao artigo 100º do código deontológico, o enfermeiro deve *"Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional"* (Regulamento n.º. 156/2015, 2015, p.8102), e o artigo 109º que remete bem o contexto de UCI onde afirma: *"Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas"*; (Regulamento n.º. 156/2015, 2015, p.8103).

Seguidamente apresento as competências específicas (Regulamento n.º 429/2018, 2018), desenvolvidas em contexto de UCI.

### **1º- Competência específica- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

Ao longo do meu percurso profissional fui aprofundando os meus conhecimentos e com base na realização da RIL, de forma destacar a importância e relevância da temática, tive a oportunidade de relacionar com as intervenções implementadas em UCI perante a pessoa pós-PCR.

Concomitantemente, mantive interesse em aprofundar conhecimentos relativamente ao processo inerente que ocorre desde a confirmação da morte cerebral pós-PCR, até à alocação dos órgãos de forma a relacionar o conjunto de técnicas, jurídicas e relacionais que o enfermeiro deve adquirir como competências. Deste modo, com o intuito de explorar todo este tema, participei numa reunião, após contactar o diretor do gabinete de coordenação de colheita e transplantação num centro hospitalar, que aborda diversos pontos realizados na prática e apresentado em anexo (Anexo XI). Seguidamente participei no *International webinar- "master's degree in medical- surgical nursing in the area of nursing for the critically ill person* (Anexo XII), que me permitiu conciliar diversos aspetos que foram surgindo nos contextos práticos e os principais cuidados do enfermeiro especialista.

### **2º- Competência específica- resposta a situações de catástrofe ou emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.**

Durante a minha prática profissional neste contexto não ocorreram situações de catástrofe, ou emergência com multivítima, assim não foi possível aplicar a conceção do plano estratégico ou emergência existente no serviço. Mas de forma a conhecer e adquirir conhecimentos específicos sobre esta competência, participei no webinar de "Gestão e liderança em emergência médica e catástrofe" (Anexo XIII), que abordou a liderança de gestão intra-hospitalar à PSC em pré-hospitalar, e diversos tipos de gestão em momentos de catástrofe. Nesta competência é fulcral organizar e gerir situações de catástrofe/multivítimas, realizar a triagem primária e secundária de forma a definir prioridades nos diferentes contextos/situações, complementando a definição da OE (2017).

### **3º- Competência específica- intervenções na prevenção e controle da infeção e da resistência antimicrobiana à PSC.**

No contexto de UCI a complexidade e diferenciação dos cuidados exige um maior recurso a técnicas invasivas, o que requer a maximização de cuidados na prevenção e controle de infeções. Segundo a DGS (2017), a evolução tecnológica e o aumento contínuo dos procedimentos e diagnósticos invasivos proporcionam a infeção a nível hospitalar, que se classifica com a principal causa de efeitos adversos nos cuidados de saúde, desencadeando um aumento na morbidade e mortalidade da pessoa em meio hospitalar e conseqüentemente um maior custo a nível da saúde, o que se traduz às IACS. Bento et al. (2022), refere ainda que as infeções são a principal causa de morte na PSC assim como o principal foco pelo desenvolvimento de disfunção orgânica.

Durante toda a minha prática clínica frequentei diversas formações de serviço preconizadas pelo elo de ligação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de PPCIRA, de forma a prevenir e as IACS melhorando os cuidados prestados, na UCI pude aperfeiçoar e refletir acerca desta competência com maior rigor, dado que existem diversos protocolos e normas que são rigorosamente cumpridas diariamente. No momento da admissão na UCI existe o protocolo de rastreio séptico à pessoa, nomeadamente uma zaragatoa nasal para despiste de *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus* e uma zaragatoa retal para despiste de *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*. No decorrer do internamento verifiquei que existe um controle no tempo dos dispositivos que é rigorosamente cumprido, assim como protocolos e procedimentos que evitam as IACS. Existem “feixes de intervenção” definidos pela DGS de forma a reduzir a Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2022a), a infeção relacionada com o cateter venoso central (DGS, 2022b) e a infeção urinária associada ao cateter vesical (DGS, 2022c).

Na UCI presenciei uma dinâmica diferente à minha prática diária, referente ao “feixe de intervenções” para minimizar uma possível PAI, onde a equipa de enfermagem tem grande controle nos cuidados preconizados pela DGS, nomeadamente a elevação da cabeceira a 30°, a higiene oral com clorhexidina pelo menos três vezes por dia, o controle da pressão do cuff do tubo endotraqueal entre 20 a 30mmHg, sempre que a pressão da via aérea da pessoa o permita, monitorizando esse valor, a substituição do filtro antibacteriano diariamente e manter os circuitos sem condensação (DGS, 2022a).

Como futura enfermeira especialista, é importante maximizar a intervenção na prevenção e controle de infecções nomeadamente na PSC, associando às medidas no controle de propagação de agentes multirresistentes.

### **2.3 Intervenção Especializada de Enfermagem no Instituto Nacional de Emergência Médica- Suporte Imediato de Vida**

Neste capítulo, irei descrever parte do meu percurso que surgiu como complemento aos meus conhecimentos transversais em contexto pré-hospitalar. Surgiu a oportunidade de realizar um estágio nas ambulâncias SIV decorreu entre os dias 22 de janeiro de 2024 a 09 de fevereiro de 2024.

Realizei assim, o estágio na área metropolitana de Lisboa, onde me foi dada a possibilidade de conhecer especificamente o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), a sua articulação entre os vários intervenientes que cooperam adequadamente entre si, de forma a explorar especificamente os cuidados em contexto pré-hospitalar. Como elementos facilitadores para esta oportunidade de aprendizagem, destaco a mobilização de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares que complementaram o meu percurso académico, referente ao tema do meu projeto em desenvolvimento. Inicialmente propus objetivos gerais e específicos, que foram apresentados ao enfermeiro orientador, validados pelo docente orientador, o que potenciou a minha integração no tempo estabelecido.

Nas ambulâncias SIV, as intervenções do enfermeiro são autónomas e interdependentes, embora a sua atuação seja protocolada, com controle, validação e prescrição de fármacos por um médico regulador do INEM (Mota et al., 2020). O enfermeiro tem formação complementar em SIV, na área de emergência médica, trauma, pediatria, obstetrícia, transporte da PSC e catástrofe. Contudo, em emergências o enfermeiro deve atuar de acordo com a qualificação dos seus conhecimentos, com o objetivo de manter ou recuperar as funções vitais da pessoa, bem como evitar uma possível deterioração (INEM, 2023b). Assim:

“O exercício de enfermagem em emergência extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local

da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados. Constitui -se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente a diminuição da taxa da mortalidade e a diminuição da taxa de morbilidade. Importa, pois, ser reconhecida, validada e certificada pela Ordem dos Enfermeiros, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional” (Regulamento 226/2018,2018, p.10759).

Nos diversos casos de abordagem à pessoa, existiu a possibilidade de refletir com o enfermeiro orientador relativamente à condição clínica da pessoa, bem como a sua avaliação e quais as principais intervenções a realizar no momento. Após a avaliação inicial, existe a transmissão de informação à equipa médica reguladora, bem como a decisão do tipo de transporte da pessoa para o contexto inter-hospitalar, a implementação da melhoria contínua na qualidade dos cuidados de enfermagem, a gestão das unidades/equipa, otimizando assim as respostas às necessidades da pessoa em cuidados de saúde e o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera.

Relativamente aos momentos de aprendizagem, no decorrer do estágio, fomos aacionados para uma situação de PCR, chegamos ao local onde já se encontravam os bombeiros a realizar SBV. Relativamente à informação inicial, neste contexto, o acesso à informação clínica da pessoa é restrito, o tempo de PCR é duvidoso, e iniciamos de imediato as manobras de SAV com o Desfibrilhador Automático Externo (DAE) até à chegada da VMER. Ambas as situações decorreram em domicílio onde se encontravam familiares, na primeira situação ocorrem 20 minutos de SAV e em todos os ciclos o ritmo era de assistolia, a pessoa encontrava-se com sinais de falência orgânica e após a chegada e validação da VMER foram suspensas as manobras. O enfermeiro em SIV, apresenta conhecimentos científicos e competências para confirmar esta irreversibilidade, contudo, perante estas situações deve iniciar e manter manobras até à chegada da VMER ou até chegar à unidade hospitalar local (Sousa, 2019), onde segundo os princípios da lei nº 141/99 de 28 de agosto a verificação do óbito é uma competência médica.

A segunda situação de PCR foi mais complexa, pois as condições do local não eram apropriadas e o espaço era mínimo para intervir. Os bombeiros encontravam-se no local em SBV e após verificar as condições de segurança, iniciamos as manobras de SAV

durante 20 minutos onde a pessoa entra em RCE, e posteriormente entra novamente em PCR com ritmo desfibrilhável. Segundo o INEM (2021), com a utilização do DAE verificou-se uma percentagem de 76% de pessoas com um incidente arritmico nomeadamente fibrilação ventricular, assim a desfibrilhação precoce garante uma taxa de sobrevivência de 50% a 70%.

Mantivemos as manobras de reanimação, e após a chegada da VMER juntamente com a recolha de algumas informações clínicas da pessoa, foram suspensas as manobras por indicação médica. Nestas situações, após a declaração de óbito, a intervenção do enfermeiro é fundamental para acolher e apoiar a família, bem como dignificar a pessoa em fim de vida através da prestação dos cuidados pós-morte, como posicionar o corpo de forma natural, preservar a intimidade da pessoa, otimizando o ambiente circundante removendo todo o material clínico, tal como descrito no artigo 107º do Código Deontológico (2015). o enfermeiro assume o dever de:

- a) *Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;*
- b) *Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções (...), a privacidade e a intimidade da pessoa* (Regulamento 156/2015, 2015, p. 8103).

Perante situações de PCR, os profissionais de saúde que atuam devem possuir conhecimentos técnicos, científicos bem como aspetos éticos, que permitem determinar o início, a continuidade e a suspensão das manobras de reanimação. Em contexto extra-hospitalar, a informação no imediato é escassa e não existe uma equipa multidisciplinar disponível para apoiar no momento, o que torna a situação mais complexa. A decisão de reanimação em qualquer contexto, envolve um conjunto de critérios inerentes à pessoa, bem como aspetos organizacionais, legais e culturais (ERC, 2021; Mentzelopoulos et al., 2021). Perante estas situações de PCR, existem diversas perspetivas médicas e éticas que inclui o dano na reanimação, foi importante minimizar o impacto da família perante a presença do corpo, ajudando no processo de luto na comunicação de más notícias.

Assim os princípios éticos referidos anteriormente durante a PCR o profissional de saúde deve implementar intervenções, que resultem em beneficência para a pessoa e para a família, evitando possíveis danos, e intervir de forma responsável com um olhar

único e holístico para a pessoa conforme as suas preferências. (ERC, 2021; Mentzelopoulos et al., 2021)

Em contexto extra-hospitalar a PCR geralmente é imprevisível, e a probabilidade de alta hospitalar neste contexto é de 5% a 10% (H. Carneiro & Carneiro, 2021). Assim, perante as situações descritas de PCR onde atuamos, foram prestados os cuidados direcionados para a RCE, mantendo a função cognitiva/ neurológica da pessoa, de forma a prevenir a síndrome pós-PCR, e durante o processo de reanimação verificou-se o controle da temperatura dentro dos valores definidos, e prevenção da febre (AHA, 2021; INEM, 2020; Nolan et al., 2021). No contexto pré-hospitalar consegui estabelecer um pensamento reflexivo perante a pessoa em PCR, focando na qualidade da reanimação e em simultâneo nos cuidados pós-reanimação. Assim de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista:

**A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A atuação do enfermeiro em contexto da ambulância SIV é orientada segundo os protocolos de atuação e posteriormente após a análise dos mesmos pude constatar juntamente aos peritos, que o protocolo referente à PCR entre outros (tendo em conta os domínios da responsabilidade profissional ética e legal) podem erigir algumas questões éticas no que diz respeito à atuação do enfermeiro em SIV, através das suas intervenções autónomas e interdependentes e articulação com o médico regulador do entro de orientação de doentes urgentes.

**B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os enfermeiros têm a responsabilidade de atualizar os seus conhecimentos, o que permite o desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, que se traduz em cuidados diferenciados que permite e garante que sejam prestados cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa/família. Em contexto pré-hospitalar, o enfermeiro especialista deve gerir o risco e o ambiente na prevenção de complicações com recurso à elaboração de protocolos/normas de atuação (OE, 2017) garantindo uma comunicação eficaz com a equipa reguladora na tomada de decisão e utilizando ferramentas de monitorização na prestação de cuidados incluído no domicílio (PNDS, 2021-2026).

A implementação da melhoria contínua na qualidade dos cuidados de enfermagem, a gestão das unidades/equipa, otimizando assim as respostas às necessidades da pessoa em cuidados de saúde e o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera.

Semanalmente existem diversas intervenções atribuídas ao enfermeiro responsável pelas ambulâncias de SIV, e ocorreu a possibilidade de realizar juntamente ao enfermeiro orientador, a verificação de todo o material de primeira abordagem referente à pessoa adulta e pediátrica vítima de trauma; o monitor/desfibrilhador que tem a especificidade de registar os sinais vitais da pessoa e encaminhar o relatório para o médico regulador, verificar o ventilador de transporte, as temperaturas dos frigoríficos, os diversos fármacos, quantidades e respetivas validades, bem como outros materiais necessários para a abordagem à PSC organizados sequencialmente.

O desenvolvimento sustentável e contínuo presente no INEM tem revelado uma evolução do SIEM com rumo à excelência, o que proporciona o contributo da equipa de enfermagem relativamente à segurança e à qualidade dos cuidados prestados à pessoa/família (Coimbra, 2021). As experiências que vivi ao longo deste pequeno percurso foram fundamentais e benéficas para o meu desenvolvimento de competências como futura mestre e especialista e um gratificante complemento no cuidado à PSC em contexto pré-hospitalar.

#### **C- Domínio da Gestão dos cuidados** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Dentro da gestão de cuidados, o enfermeiro nas ambulâncias SIV é responsável por gerir, otimizar e rentabilizar os recursos disponíveis, no contexto prático. Assim pude conhecer parte da gestão realizada relativamente aos recursos materiais, de acordo com a *check-list* preconizada a nível nacional que especifica todo o tipo de material, as suas quantidades bem como os equipamentos que obedecem a uma organização própria que cada ambulância SIV integra.

Pelo menos poucos turnos realizados, não foi possível realizar um turno no *backoffice* juntamente com os enfermeiros peritos e com funções de coordenação e gestão.

#### **D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A formação e o desenvolvimento a nível profissional contínuo são dois pontos que contribuem para maximizar a qualidade nos cuidados prestados pelo enfermeiro (*Organisation for Economic Co-operation and Develop*, 2017), e dentro deste contexto também procurei desenvolver, atualizar e adquirir novos conhecimentos, participando na iniciativa de reuniões de emergência médica (Anexo XIV). Esta reunião foi direcionada à temática do trauma, relatando a extração, a abordagem inicial e o transporte da pessoa.

**1º- Competência específica- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

No pré-hospitalar, os cuidados à PSC e à família são específicos, pelo momento de emergência e a necessidade de avaliar e atuar prontamente perante as diversas situações, nomeadamente a alteração do estado de consciência, disritmias, insuficiência respiratória aguda, traumatismo entre outros. Neste contexto o enfermeiro deve identificar e antecipar possíveis focos de instabilidade, implementa respostas de enfermagem perante diversas complicações e executa cuidados técnicos de alta complexidade à PSC perante o processo de saúde-doença.

**2º-Competência específica- resposta a situações de catástrofe ou emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.**

Neste contexto, não ocorreram situações de catástrofe, ou emergência com multivítima, assim não foi possível aplicar na conceção do plano estratégico ou emergência em contexto pré-hospitalar.

**3º- Competência específica- intervenções na prevenção e controle da infeção e da resistência antimicrobiana à pessoa em situação crítica.**

No pré-hospitalar existem inúmeras variáveis que condicionam a atuação dos profissionais de saúde na prevenção e controle de infeção, uma vez que a atuação se realiza maioritariamente em ambientes não controlados. Ainda assim, foi possível prestar corretamente cuidados à PSC de forma a cumprir as normas de prevenção de infeção preconizadas pelo PPCIRA. As ambulâncias SIV disponibilizavam o equipamento individual de proteção e o material necessário para realização de técnicas invasivas onde existe um alto risco de contato com fluídos orgânicos. O contexto supracitado, é maioritariamente desprotegido, o que leva o enfermeiro especialista a ter liderança e

gestão na intervenção e controle de infecção, no que concerne à segurança de todos os intervenientes no processo do cuidar (OE, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sequência de todo o percurso descrito neste relatório, é possível afirmar que as competências mobilizam conhecimentos que devem articular com o saber fazer, e segundo Le Boterf (1994) ser competente é saber aplicar quando necessário e perante as capacidades ou conhecimentos que foram desenvolvidos e adquiridos através da formação. Saber organizar, selecionar e incorporar o que poder ser benéfico para realizar uma atividade profissional, e por último saber mobilizar, adaptar as competências e conhecimentos sem elucidar a execução de uma tarefa única e respectiva. Ser competente é saber fazer, evoluindo perante as situações de trabalho na qual se atua.

Consumado este relatório final, que reflete todo o meu percurso de aprendizagem, perante as experiências vivenciadas e interligando-as com o meu crescimento pessoal e profissional, afirmo assim que a sua especificação, contribuiu de forma clara e objetiva para a consolidação da minha aprendizagem e para o desenvolvimento de competências. Por conseguinte ao analisar os objetivos preconizados, as atividades desenvolvidas e as conclusões aferidas é imperativo afirmar que a formação e a especialização em enfermagem, concedem ao enfermeiro a possibilidade de adquirir conhecimentos especializados, a construção de uma carreira, permitindo o desenvolvimento de capacidades na decisão e competências clínicas, que irá promover a qualidade/segurança nos cuidados à PSC e à família (Lopes et al., 2018).

Todo este percurso não foi fácil nem tão pouco linear, pela complexidade de turnos/horários a conciliar, entre outras limitações que me colocaram à prova, nomeadamente dificuldades iniciais na capacidade de expressão teórica perante as situações e vivências que decorreram nos contextos clínicos. Ao longo de todo o percurso formativo, houve um investimento contínuo na aquisição de novos conhecimentos, não apenas por meio da prática clínica, mas também através de pesquisas direcionadas a temas relevantes. Estes incluíram aspetos relacionados à PSC, alterações nas respostas humanas e intervenções de enfermagem especializadas voltadas para contextos de alta complexidade. Tais investigações foram motivadas por dúvidas surgidas ao longo do processo.

Contudo, exposta a este grande desafio, mantendo resiliência, é prazeroso finalizar e verificar a minha evolução enquanto pessoa e profissional, perante todas as oportunidades de conhecimentos que fui adquirindo ao longo deste percurso. A conciliação do meu sucesso em contexto prático e a capacidade de adaptação a novas realidades profissionais, em conformidade com a partilha de experiências entre colegas na divulgação do conhecimento empírico de cada um, proporcionou uma riqueza exclusiva na melhoria das minhas principais dificuldades de expressão.

Existiram diversos fatores facilitadores que contribuíram para o meu desenvolvimento de competências como futura enfermeira mestre e especialista na área da PSC, nomeadamente a prestação direta de cuidados, o conhecimento de protocolos e normas que permitem atuar conforme os padrões de segurança e qualidade nos cuidados, antecipando cuidados de forma a prevenir complicações, com foco na estabilização da pessoa. A área temática que defini para desenvolver a RIL referente à intervenção especializada de enfermagem na pessoa pós RCR, foi complexa e conferiu-me diversas oportunidades enriquecedoras e importantes na área da PSC, a nível teórico consegui atualizar diversos conhecimentos e aprofundar a necessidade do enfermeiro atuar nos cuidados pós RCR. Ao longo deste percurso, em contexto prático, as oportunidades de presenciar e atuar perante a pessoa vítima de PCR, foi relevante e casuística, pelas diversas intervenções especializadas no prognóstico da pessoa pós RCE e no potencial dador de órgãos, o que permitiu conciliar diversos aspetos e abriu-me portas interessantes, nomeadamente realização de formações relevantes para a minha prática clínica, o início de funções direcionados à PSC em UCI e a integração na sociedade portuguesa de enfermagem em doente crítico, que possibilita consultar, promover e divulgar a reflexão, a investigação e as mais recentes evidências científicas no âmbito da PSC.

Assume-se que as teorias de enfermagem são benéficas para a melhoria dos cuidados. Segundo Meyer & Lavin (2005), vigilância é a essência do cuidar e é de extrema importância o trabalho em equipa, a intervenção atempada perante a monitorização contínua, com recurso aos meios tecnológicos que irão garantir uma vigilância precisa, evitando complicações (Locsin, 2005, 2013), e nos cuidados pós RCR, estas duas teorias complementam-se na perfeição. Na continuidade deste percurso importa salientar que é

fundamental a disseminação dos resultados da RIL, em possíveis eventos para atualização dos profissionais de saúde.

Concomitantemente o estágio em três contextos diferentes, foi motivador pelo desenvolvimento de uma visão holística da pessoa e da família, que despertou um contato mais próximo na comunicação de más notícias, a promoção de segurança e conforto da pessoa o que garante qualidade e melhoria contínua nos cuidados de enfermagem.

Refletindo perante as mudanças ocorridas, neste período, com todos os desafios, vivências, experiências e conhecimentos adquiridos, certamente que este curso fez parte de uma decisão acertada, e conforme Sousa Guedes et al. (2019) afirmam, o desenvolvimento de competências expõe um processo que decorre ao longo do tempo, envolvendo uma variedade de atributos e atitudes pessoais, associados a um percurso de aprendizagem, com possibilidade de aquisição de conhecimentos.

Findo assim o presente relatório e a etapa acadêmica, com início de um novo percurso que será contínuo ao longo da minha vida profissional na prestação de cuidados como enfermeira mestre e especialista na área da PSC.

## REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. Disponível em: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas\\_Sala-de-Emergencia\\_2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf)
- Afonso, T. & Loureiro, F. (2018). Cuidados à criança em situação crítica. Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem, ISSN 2182-8261. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36823/1/Artigo\\_FLoureiro\\_07\\_2021.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36823/1/Artigo_FLoureiro_07_2021.pdf)
- American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE. [https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts\\_2020eccguidelines\\_portuguese.pdf](https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf)
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: The official guide of the APA style American Psychological Association. (7ªed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000;>
- Apolónia, A., Moreira, B., Silva, D., Castro, F., Oliveira, J., & Mota, L. (2018). Perspetivas das Pessoas que Recebem Más Notícias em Contexto Hospital: Revisão Integrativa. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 1(1), 109–118. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.36;>
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loisel, C. G., Boileau, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), 114–122. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.006;>
- Barradas, J. F. G. (2010). Atitudes dos enfermeiros perante a morte cerebral e transplantação de órgãos. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia- Especialização em Psicologia da Saúde. Faro.
- Bartucci, M.R. (2003). Intervenção em Pessoas com Transplantes de Órgãos/Tecidos. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem MédicoCirúrgica; Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed., pp. 2501-2534). Loures: Lusociência;
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison Wesley

- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora
- Benner, P., Kyriakidis, P.H., & Stannard, D. (2011). Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach. (2.<sup>a</sup> Ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826105745>
- Bento, L., Germano, N. & Cavaco, R. (2022). Monitorização do doente Crítico: Uma abordagem focada no quotidiano. Lisboa, Portugal: Ad- Médic, LDA;
- Boll, J. (2014). Development of a Measure of Nurse Vigilance from the Patient's Perspective: A Content Validity Study. Honors Projects
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). The theory of nursing as caring: a model for transforming practice. Nursing Theorists and Their Work-E-Book.
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebian, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos serviços de urgência hospitalares. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 23(3). 8-14. [https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23\\_n3\\_2016\\_08\\_14.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf)
- Buckman, R., & Kason, I. (1992). How to break bad news: A guide for health-care professionals. Toronto: Johns Hopkins University Press;
- Coimbra, N. (2021). Enfermagem de Urgência e Emergência (Primeira ed.). Lisboa: Lidel;
- Collins, T. J. (2005). Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(4), 226–233. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.10.006>
- [Costa, A \(2014\). Comunicação de Más Notícias no Cuidado de Enfermagem. \[Relatório de Estágio\]. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;](#)
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Altera o Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. [Presidência do Conselho de Ministros](#). Diário da República, I Série (N.º 157/2018, de 16-08-2018), 4147-4182. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>;
- Despacho normativo n.º 65/2018 Diário da República: I série, n.º 157 (16 agosto) 4147-4182. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>;
- Despacho normativo n.º 244/1994 Registo Nacional de Não Dadores (1994). Diário da República n.º223, Série I-A de 26-09-1994. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/244-1994-606526>;

Despacho normativo nº713/1994 Critérios de Morte Cerebral (1994). Diário da República: I série, n.º235 (16/10/94). [https://www.ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao\\_Nacional/Legislacao\\_Transplantação/Declaracao\\_Ordem\\_Medicos.pdf](https://www.ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao_Nacional/Legislacao_Transplantação/Declaracao_Ordem_Medicos.pdf);

Despacho normativo n.º 9390/2021 Plano para a segurança dos doentes 2021-2026. Diário da República: série II, n.º 187, (24 setembro). <https://www.arsnorte.minsaude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dosDoentes-2021-2026.pdf>;

Despacho normativo nº 10319/2014. (2014). Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência. Gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde. Diário Da República, 2.a Série (No 153 de 11 de agosto de 2014), 8174–8175. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Direção Geral de Saúde. (2017a). Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. (Norma 022/2012 atualizada a 10/11/2015);

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 07/02/2017;

Direção Geral de Saúde. (2017b). Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. (Norma 022/2012 atualizada a 10/11/2015);

Direção Geral de Saúde. (2017c). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. 2017. Disponível na DGS;

Duarte, A. & Martins, O. (2019) Controlo da Infecção Hospitalar. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda, p. 1- 216. ISBN 978-989-752-341-0;

Direção Geral de Saúde. (2022a). Norma Clínica: 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. [https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma\\_021\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_pre\\_v\\_pneum\\_asso\\_c\\_intubacao\\_corrigida\\_marco\\_2023.pdf](https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_pre_v_pneum_asso_c_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf);

Direção Geral de Saúde. (2022b). Norma Clínica: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. [https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma\\_022\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022-](https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-)

[prev inf cvc.pdf](#);

- Direção-Geral da Saúde (2022c). Norma nº 019/2015 de 15/12/2015, atualizada a 29/08/2022. “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. Lisboa: DGS.<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical>;
- Enohumah, K. O., Moerer, O., Kirmse, C., Bahr, J., Neumann, P., & Quintel, M. (2006). Outcome of cardiopulmonary resuscitation in intensive care units in a university hospital. *Resuscitation*, 71(2), 161–170. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.03.013>.
- European Resuscitation Council Guidelines. (2021). Epidemiology of Cardiac Arrest In Europe. <https://cprguidelines.eu/assets/guidelines/European-Resuscitation-Council-Guidelines-2021-Ad.pdf>;
- European Burns Association. (2017). European practice guidelines for burn care: Minimum level of Burn Care Provision in Europe. Barcelona: European Burns Association;
- European Society for Emergency Medicine. (2019). Guidelines for the management of acute pain in emergency situations. Aartselaar: European Society for Emergency Medicine;
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2023). Manual para Elaboração de Trabalhos Académicos e Referenciação. [https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos\\_escritos\\_Publicar\\_28deze2022rev.IT17062024\\_1.pdf](https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos_escritos_Publicar_28deze2022rev.IT17062024_1.pdf);
- Freire, I.L.S., Oliveira, E.A.M. de, Bessa, M.F. de, Melo, G.S.M. de, Costa, I.K.F. & Torres, G.V. de (2014). Compreensão da equipa de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. *Enfermería Global*, (36), 194-207;
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2021). Dados Estatísticos. <https://www.fpcardiologia.pt/atividades/projeto-salva-vidas/dados-estatisticos/>
- Giannetti, N. S., & Timerman, S. (2018). Cuidados Pós Ressuscitação Cardiopulmonar. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 28(3), 312–315. <https://doi.org/10.29381/0103-8559/20182803312-5>

- Godinho, N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação. Lisboa: ESEL. <https://www.esel.pt/node/5904>;
- [Gomes, D. \(2019\). Comunicação de Más Notícias. \[Relatório de Estágio\]](#) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- Gräsner, J.-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Böttiger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Grupo Português de Triagem. (2021). O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Princípios Aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Henriques, G. (2019). Life Saving. Separata Científica;
- Holzer, M. (2010). Targeted Temperature Management for Comatose Survivors of Cardiac Arrest. *New England Journal of Medicine*, 363(13), 1256–1264. <https://doi.org/10.1056/NEJMct1002402>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. (1 ed.). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-SuporteAvancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). Manual de Suporte Avançado de Vida. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023a). Dados estatísticos PCR. <https://extranet.inem.pt/pcr/Estatistica2.asp>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023b). História do INEM. <https://www.inem.pt/2017/05/08/historia-do-inem/>;
- ISBI Practice Guidelines Committee, Ahuja, R. B., Gibran, N., Greenhalgh, D., Jeng, J., Mackie, D., Moghazy, A., Moiemmen, N., Palmieri, T., Peck, M., Serghiou, M., Watson, S., Wilson, Y., Altamirano, A. M., Atieh, B., Bolgiani, A., Carrougher, G., Edgar, D., Guerrero, L., ... van Zuijlen, P. (2016). ISBI Practice Guidelines for Burn Care. *Burns*, 42(5), 953–1021. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>;

- Jesus Moraes, A. P. de, & Rodrigues, M. R. K.-. (2021). Competência profissional do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 11(36), 320–329. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.320-329>;
- Kang, Y. (2019). Management of post-cardiac arrest syndrome. *Acute and Critical Care*, 34(3), 173–178. <https://doi.org/10.4266/acc.2019.00654>
- Kesecioglu, J., Rusinova, K., Alampi, D., Arabi, Y. M., Benbenishty, J., Benoit, D., Boulanger, C., Cecconi, M., Cox, C., van Dam, M., van Dijk, D., Downar, J., Efstathiou, N., Endacott, R., Galazzi, A., van Gelder, F., Gerritsen, R. T., Girbes, A., Hawyrluck, L., ... Azoulay, E. (2024). European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 50(11), 1740–1766. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>
- Kjaergaard, J., Schmidt, H., & Møller, J. (2022) Blood Pressure and Oxygenation Targets in Post Resuscitation Care, a Randomized Clinical Trial: Design and Statistical Analysis Plan. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06101-6>
- Klug, G., Ferreira, J., Flodoaldo, F., Ginelli, E., & Pires, J. (2021). Manejo Farmacológico da Parada Cardiorrespiratória em Adultos / Pharmacological Management of Cardiorespiratory Arrest in Adults. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 20406–20425. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-154>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research.* (S. P. Company, Ed.). New York;
- Kovács, E., & Zima, E. (2017). Strategies of Neuroprotection after Successful Resuscitation. In *Resuscitation Aspects*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.70593>
- Kumar, K. M. (2021). ECPR—extracorporeal cardiopulmonary resuscitation. *Indian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 37(S2), 294–302. <https://doi.org/10.1007/s12055-020-01072-2>
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange.* Paris: Editions d'organisations;
- Lei n.º 156/2015. (2015). Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16. Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 8104. Lisboa. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>;

- Locsin, R. (2005). *Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Locsin, R. C. (2013). *Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing*. *Journal of Nursing and Health Sciences*.
- Locsin, R. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technology competency as caring in nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64, 160-164. DOI: 10.2152/jmi.64.160
- Lopes, M. J. (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lucas, A. (2017). *Manutenção do potencial dador de órgãos: Intervenção de enfermagem num serviço de urgência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. (INESC-TEC, Ed.). Porto;
- Machado, H. (2021). *Gestão, Sistematização e Tomada de Decisão: Organização e Gestão no Serviço de Urgência: Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lidel
- Magalhães, L. R. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neuro oncológico e família no internamento*. [Dissertação de Mestrado] Escola Superior de Saúde de Lisboa;
- Magnett, A; Brychta, P. (2011) *European Practice Guidelines for Burn Care (minimum Level of Burn Care Provision in Europe)*. Netherlands;
- Marino, L., Amorim, K., Castro, B., Souza, S. (2020). *Cuidados Pós-Parada Cardiorrespiratória*. Velasco, Irineu Tadeu et al. (Eds). *Medicina De Emergência: Abordagem Prática*. 14. ed. Barueri: Manole, 2020. 67-78
- Marques, S., Lino, P. (2021). *Protocolo de Triagem de Manchester*. *Enfermagem de Urgência e Emergência*. LIDEL.
- Martin, L., Byrnes, M., McGarry, S., Rea, S., & Wood, F. (2017). Social challenges of visible scarring after severe burn: A qualitative analysis. *Burns Journal*, 43 (1). 76-83;
- Martinho, A. (2008). *Balneoterapia. Um Estudo Realizado Na Unidade Funcional De Queimados Da Universidade* [Dissertação De Mestrado] Coimbra;
- McGlinchey, T., Early, R., Mason, S., Johan-Fürst, C., van Zuylen, L., Wilkinson, S., &

- Ellershaw, J. (2023). Updating international consensus on best practice in care of the dying: A Delphi study. *Palliative Medicine*, 37(3), 329–342. <https://doi.org/10.1177/02692163231152523>
- Meleis et al, A. I. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>;
- Mentzelopoulos, S. D., Couper, K., Voorde, P. Van de, Druwé, P., Blom, M., Perkins, G. D., Lulic, I., Djakow, J., Raffay, V., Lilja, G., & Bossaert, L. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*, 161, 408–432. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>;
- Meyer, G., & Lavin, M. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>
- Milonas, A., [Charlesworth, D.](#), [Considine, J.](#), [Doric, A.](#), [Hutchinson, A.](#), [Green, J.](#) (2017), Post Resuscitation Management of Cardiac Arrest Patients in the Critical Care Environment: A Retrospective Audit of Compliance with Evidence Based Guidelines. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.12.001>
- Mongardon, N., Dumas, F., Ricome, S., Grimaldi, D., Hissem, T., Pène, F., & Cariou, A. (2011). Postcardiac arrest syndrome: from immediate resuscitation to long-term outcome. *Annals of Intensive Care*, 1(1), 45. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-1-45>
- Monteiro, P. (2022). A Segurança da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção de Enfermagem Especializada [Relatório de Mestrado] Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- Moraes, E. L. de, & Massarollo, M. C. K. B. (2008). Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 458–464. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300020>
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 147-152. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>;
- Nolan, J., Neumar, R., Adrie, C., Aibiki, M., Berg, R., Böttiger, B., Callaway, C., Clark, R. S., Geocadin, R., Jauch, E., Kern, K., Laurent, I., Longstreth, W., Merchant, R., Morley, P., Morrison, L., Nadkarni, V., Peberdy, M., Rivers, E., ... Hoek, T. vanden. (2008).

Post-cardiac Arrest Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Treatment, and Prognostication. Resuscitation.

<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.09.017>;

Nolan, J. P., Soar, J., Cariou, A., Cronberg, T., Moulaert, V. R. M., Deakin, C. D., ... Sandroni, C. (2015). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care. (2015). Section 5 of the European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation  
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.018>

Nolan, J., Sandroni, C., Böttiger, B., Cariou, A., Cronberg, T., Friberg, H., Genbrugge, C., Haywood, K., Lilja, G., Moulaert, V., Nikolaou, N., Mariero Olasveengen, T., Skrifvars, M., Taccone, F., & Soar, J. (2021). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2021: Post-resuscitation care. Resuscitation. [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00065-4/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00065-4/fulltext)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. [https://www.ordemEnfermeiros.pt/media/8887/livro\\_cj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemEnfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf);

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Peri operatória; Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, p. 1 - 38. [https://www.ordemEnfermeiros.pt/media/5681/ponto.Padrões-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemEnfermeiros.pt/media/5681/ponto.Padrões-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>;

Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril);

Organisation for Economic Co-operation and Develop, (2017). Caring for quality in health: Lessons learnt. <https://www.oecd.org/els/healthsystems/Caring-for-Quality-in->

[Health-Final-report.pdf](#);

- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. *et al.* Rayyan—um aplicativo web e móvel para revisões sistemáticas. *Syst Rev* 5 , 210 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Peberdy, M. A., Callaway, C. W., Neumar, R. W., Geocadin, R. G., Zimmerman, J. L., Donnino, M., Gabrielli, A., Silvers, S. M., Zaritsky, A. L., Merchant, R., vanden Hoek, T. L., & Kronick, S. L. (2010). Part 9: Post-Cardiac Arrest Care. *Circulation*, 122(18\_suppl\_3). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971002>
- Peixoto, A, M. (2023). Cuidado Transicional ao Cuidador Informal da pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. [Relatório de Estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- Perkins, G., Callaway, C., Haywood, K., Neumar, R., Matthew, G., Haywood, K., Robert W., Lilja, G., Rowland, M., Sawyer, K., Skrifvars, M., Nolan, J. (2021) Brain Injury After Cardiac Arrest. 1269-1278. Doi [10.1016/S0140-6736\(21\)00953-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00953-3)
- Pinho, J. (2020). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-989-752-419-6;
- Ponce, P. & Mendes, J. (2019). Manual de Urgências e Emergências. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-989-752-407-3;
- Pott, F. et al. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico / Comfort and communication measures in nursing caring actions for critically ill patients / Medidas de comodidad y comunicación en las acciones de atención de enfermería a pacientes críticos. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 66(2), p. 174-179;
- Serrano, Maria Teresa Pereira, Costa, Arminda da Silva Mendes Carneiro da, & Costa, Nilza Maria Vilhena Nunes da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000100002&lng=es&tlng=pt](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002&lng=es&tlng=pt)
- Silva, R. M. A., & Castilhos, A. P. L. (2010). A identificação de diagnóstico de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. *Revista Brasileira Queimaduras*, 9(2), 60-65.

<http://rbqueimaduras.org.br/details/36/pt-BR/a-identificacao-de-diagnosticos-deenfermagem-em-paciente-considerado-grande-queimado--um-facilitador-paraimplementacao-das-acoas-de-enfermagem;>

Sousa Guedes, V. M., Silva Figueiredo, M. H. J., Alves Apóstolo, J. L., Lebreiro Silva, M., Martins Oliveira, P. C., & Pereira Ferreira, M. M. H. (2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(27), 23-32. <https://doi.org/10.24276/rerecien2358-3088.2019.9.27.23-32;>

[Rasquinho, M. \(2019\).](#) Intervenções de Enfermagem na deteção e tratamento ativo do Potencial Dador de Órgãos. [Relatório de Estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Ordem dos Enfermeiros](#). Diário da República, II Série (N.º 26/2019 de 06-02-2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

[Regulamento n.º 190/ 2015. \(2015\).](#) Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, [Série II de 2015-04-23](#). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento n.º 226/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência ExtraHospitalar. Diário da República: II série, n.º 74/2018 de 2018-04-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>

Regulamento n.º 429/2018. (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. [Ordem dos Enfermeiros](#). Diário da República, II Série (N.º 135/2018 de 16-07-2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. [Ordem dos Enfermeiros](#). Diário da

- República, II Série (Nº 184/2019 de 2019-09-25).  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>;
- Rodrigues, M. C., Cunha, R. K. P. da, Viana, M. L. da S., Félix, J. L. dos S., Galvão, M. R. da S., & Silva, V. L. M. da. (2021). Atuação da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva em face da síndrome pós-parada cardíaca: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(12), e377101220475.  
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20475>
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32(14), 51-61. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>
- Schoneman, D. (2002). Surveillance as a nursing intervention: Use in community nursing centers. *Journal of Community Health Nursing*, 19(1), 33–47. Obtido de [https://doi.org/10.1207/S15327655JCHN1901\\_04](https://doi.org/10.1207/S15327655JCHN1901_04)
- Sousa, M. (2019). Determinação do intervalo postmortem: ficção ou realidade. Mestrado integrado em medicina. Universidade do Porto;
- Souza, Cindy Bahr Esposito de, Pereira, Cleide Bronholo, Lameck, Giovanna, Cordeiro, Keterine Cosloski, Muniz, Tayanne Tavares, & Polli, Gislei Mocelin. (2019). Representações sociais sobre doação de órgãos. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 207-216. Recuperado em 27 de novembro de 2024, [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2019000200006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200006)
- Stub, D., Bernard, S., Duffy, S. J., & Kaye, D. M. (2011). Post Cardiac Arrest Syndrome. *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.988725>
- Sudden Cardiac Arrest Foundation. (2024). The Chain of Survival from Sudden Cardiac Arrest. <https://www.sca-aware.org/campus/the-chain-of-survival>
- Teixeira, E. (2017). In times of new national curricular guidelines to the nursing graduation course. *Revista Enfermagem UFSM*; 7(2), iii-iv.  
<https://dx.doi.org/10.5902/21797692288594>;
- Transplant Procurement Management (2007). Programa Avançado em Coordenação de Doação/Transplantação. Barcelona: Fundació IL3 – Universitat de Barcelona;
- Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*,

31(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>

Viana, R., & Torre, M. (2017). *Enfermagem em Terapia Intensiva - práticas integrativas*. São Paulo.

Williams, D., Calder, S., Cocchi, M., & Donnino, M. (2013). From Door to Recovery: A Collaborative Approach to the Development of a Post-Cardiac Arrest Center. *Critical Care Nurse*. <https://doi.org/10.4037/ccn2013341>

World Health Organization (2007). *Data Harmonization on Transplantation Activities and Outcomes: Editorial Group for a Global Glossary*

Yamamoto, R., & Yoshizawa, J. (2020). Oxygen administration in patients recovering from cardiac arrest: a narrative review. *Journal of Intensive Care*, 8(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s40560-020-00477-w>