

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM À
PESSOA VÍTIMA DE PARAGEM CARDIO RESPIRATORIA
EM CONTEXTO EXTRA E INTRA-HOSPITALAR**

Maria João Robinson Nóbrega

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de
Enfermagem de S. José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica.**

Funchal,

2024

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM À
PESSOA VÍTIMA DE PARAGEM CARDIO RESPIRATORIA
EM CONTEXTO EXTRA E INTRA-HOSPITALAR**

Maria João Robinson Nóbrega

Orientadora: Professor Abel Viveiros

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.**

Funchal,

2024

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e ao seu corpo docente o meu obrigado pela oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional;

Ao Professor Abel Viveiros, meu orientador neste trabalho, gostaria de expressar a minha profunda gratidão pelo seu acompanhamento e orientação durante todo o meu processo de desenvolvimento de competências no cuidado ao doente crítico. As suas orientações foram inestimáveis e contribuíram significativamente para o meu crescimento profissional;

Agradeço profundamente aos enfermeiros orientadores e elementos dos diferentes contextos de prática que tive a oportunidade de conhecer, por me receberem de braços abertos e por me tratarem como um membro nas equipas multidisciplinares. Pelo acolhimento caloroso, disponibilidade, profissionalismo e pela generosa partilha de experiências e conhecimentos. Às suas orientações que foram fundamentais para a minha aprendizagem e crescimento como enfermeira;

A minha sincera gratidão por todo o apoio, motivação e compreensão da minha família, principalmente aos meus filhos e marido pelo apoio, especialmente nos momentos em que estive ausente e desanimada;

A todos aqueles que contribuíram, de várias maneiras, para a realização deste trabalho, quero expressar o meu sincero agradecimento. Seja através de palavras de encorajamento, apoio prático ou simplesmente estando ao meu lado, cada um de vocês teve um papel importante neste processo e sou imensamente grata por isso.

O meu mais profundo obrigado a todos!

RESUMO

O presente Relatório intitulado, “Cuidado Especializado de enfermagem à pessoa vítima de Paragem cardio respiratória em contexto extra e intra-hospitalar” surge no âmbito do V curso de mestrado em enfermagem, com especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica (PSC), ministrado na Escola Superior de Enfermagem são José de cluny.

O mesmo, tem como objetivos, demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito dos cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto, extra e intra-hospitalar com particular enfoque na pessoa vitima de paragem cardiorrespiratória e evidenciar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional, com vista à aquisição de competências de Mestre, através da apresentação e discussão publica do presente relatório.

Para alcançar estes objetivos, realizei três ensinios clínicos: Ensino clínico I – Urgência: devido à minha extensa experiência profissional de cerca de 18 anos no serviço de urgência, obtive creditação que dispensou a realização deste estágio; Ensino clínico II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI); Ensino clínico III – Instituto Nacional de Emergência Médica.

Assim, a opção pelo cuidado à pessoa em situação crítica vítima de PCR deveu-se não só por interesse pessoal, mas também pelo facto de considerar uma mais-valia para a minha formação profissional o desenvolvimento de competências especializadas nesta área que naturalmente contribuirão para uma abordagem/cuidado mais diferenciado e seguro. O investimento efetuado neste percurso de aprendizagem, permitiu-me planear, executar e avaliar os cuidados prestados, fortalecendo o meu raciocínio clínico e tomada de decisão.

O desenvolvimento do relatório teve por base uma metodologia descritiva, de análise crítica e reflexiva do processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de acordo com os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018 respetivamente, inerentes à prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, com especial enfoque na vítima de PCR em contexto extra e intra-hospitalar, bem como do Decreto-Lei 65/2018 inerente as competências de Mestre, evidenciando a minha intervenção como futuro Enfermeiro Especialista e Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem; Perfil de competências; Cuidados críticos; Evento Cardíaco

ABSTRACT

This report, entitled “Specialized nursing care for victims of cardio-respiratory arrest in out-of-hospital and in-hospital contexts”, is part of the 5th master's degree course in nursing, specializing in medical-surgical nursing in the area of the person in a critical situation (PSC), taught at the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

Its objectives are to demonstrate the development of common and specific skills in the field of specialized nursing care for the critically ill person in an in-hospital and out-of-hospital context, with a particular focus on the person who has suffered cardio-respiratory arrest, and to show the development of critical-reflective analysis skills in situations arising from professional practice, with a view to acquiring Master's skills, through the presentation and public discussion of this report.

In order to achieve these objectives, I undertook three clinical courses: Clinical course I - Emergency Department: due to my extensive professional experience of around 18 years in the emergency department, I obtained an accreditation that meant I didn't have to do this internship; Clinical course II - Intensive Care Unit (ICU); Clinical course III - National Institute for Medical Emergencies.

Thus, the choice to care for people in critical situations who have suffered cardiac arrest was due not only to personal interest, but also to the fact that I consider it an added value to my professional training to develop specialized skills in this area, which will naturally contribute to a more differentiated and safer approach/care. The investment made in this learning path has allowed me to plan, execute and evaluate the care provided, strengthening my clinical reasoning and decision-making.

The development of the report was based on a descriptive methodology, critical and reflective analysis of the process of developing common and specific competences in accordance with Regulations no. 140/2019 and no. 429/2018 respectively, inherent to specialized practice in Medical-Surgical Nursing for the critically ill person, with a special focus on the victim of CA, as well as Decree-Law 65/2018 inherent to the competences of Master, highlighting my intervention as a future Specialist Nurse and Master.

Keywords: Nursing; Competence profile; Critical care; Cardiac event

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACLS- Advanced Cardiovascular Life Support
ACSA- Agência de Qualidade da Saúde da Andaluzia
APA- American Psychological Association
AVC- Acidente Vascular Cerebral
BPS- Behavioral Pain Scale
CAPIC- Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise
CEU- Cuidados Especiais da Urgência
CI – Cuidados Intensivos
CIAV - Centro de Informação Antivenenos
CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CVC- Cateter Venoso Central
DAE - Desfibrilhador Automático Externo
DGS-Direção Geral da Saúde
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EAPCI - Associação Europeia para Intervenções Cardiovasculares Percutâneas
ECMO- Oxigenação por Membrana Extra Corpora
ECG - Eletrocardiograma
EEG - Eletroencefalograma
EEMC- Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPIs- Equipamento de proteção individual
ERC – European Resuscitation Council
EOT - Intubação Orotraqueal
ETCO2- Capnografia
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
FV – Fibrilação Ventricular
GCS – Escala Coma de Glasgow
GPT- Grupo Português de Triagem
IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IHCA – Paragem cardíaca intra-hospitalar
INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica
LUCAS - Compressor Torácico Mecânico
MRMI- Medical Response to Major Incidents
OMS- Organização Mundial da Saúde
OE- Ordem dos Enfermeiros
OHCA – Paragem Cardíaca Fora do Hospital
PAI - Pneumonia Associada à Intubação
PAVMI- Pneumonia Associada á Intubação Mecânica
PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção
PCI – Intervenção Coronária Percutânea
PCS – Paragem Cardíaca Súbita
PCR- Paragem Cardiorrespiratória
PIC - Pressão Intracraniana
PICCO- Pulse Contour Cardiac Output
PHTLS - Pre-Hospital Trauma Life Support
PNAD- Plano Nacional de Avaliação da Dor
PNCI- Plano Nacional de Controle da Infecção
PNSD – Plano Nacional de Saúde para Desenvolvimento
PSC - Pessoa em Situação Crítica
PPC- Pressão de Perfusão Central
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
RAM- Região Autónoma da Madeira
RASS- Escala de Richmond de Agitação-Sedação
RCE - Retorno da Circulação Espontânea
RCP- Reanimação Cardio pulmonar
REPE-Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
ROSC – Retorno á Respiração Espontânea
SAV- Suporte Avançado de Vida
SBV- Suporte Básico de vida
SBV-DAE- Suporte Básico de Vida com Desfibrilação Automática Externa
SDMO - Síndrome de Disfunção de Múltiplos órgãos
SHEM - Serviço de Helicópteros de Emergência Médica

SIV- Suporte Imediato de Vida
SMI- Serviço de Medicina Intensiva
SNC- Sistema Nervoso Central
SO- Sala de Observação
STM- Sistema de Triagem de Manchester
SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPPC- Síndrome Pós-paragem Cardíaca
STM- Sistema de Triagem de Manchester
SU- Serviço de Urgência
TEF- Taxa de Falsos Positivos
TEPH - Técnicos de Emergência Extra-hospitalar
TC- Tomografia Computorizada
TCCC- Tactical Combat Casualty Care
TISS- Therapeutic Intervention Scoring System
TTM- Controle Dirigido da Temperatura
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCE – Unidade de Cuidados Especiais
UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UMIP - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência
UTI - unidade de terapia intensiva
VNI- Ventilação Não Invasiva
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VV – Via verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, VÍTIMA DE PARAGEM CARDIO RESPIRATÓRIA EM CONTEXTO EXTRA E INTRA-HOSPITALAR..	17
1.1. Enquadramento teórico	20
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	32
2.1. Caracterização dos contextos da prática clínica.....	32
2.1.1. Ensino clínico I – Serviço de Urgência	33
2.1.2. Ensino clínico II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	35
2.1.3. Ensino clínico III: Opção: Instituto Nacional de Emergência Médica.....	37
2.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	39
2.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal.....	41
2.2.2. Domínio da Melhoria da Qualidade	46
2.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	52
2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	57
2.3. Competências Específicas no cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica nos diferentes contextos.....	59
2.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	61
2.3.2. Dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação	77
2.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	83
3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA	90
CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado “Cuidado especializado de enfermagem à pessoa vítima de Paragem cardio respiratória em contexto extra e intra-hospitalar” insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório do plano de estudos do V Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

Desde cedo, e ao longo do meu percurso como enfermeira graduada onde presto cuidados de enfermagem num serviço de urgência polivalente, verifiquei que a minha área de interesse profissional se direcionava para o cuidado do doente crítico com necessidade de cuidados emergentes, razão pela qual direcionei a minha área de opção para o cuidar do doente vítima de paragem cardio respiratória em contexto extra e intra-hospitalar.

Segundo o *European Resuscitation Council* (2021), a incidência anual de paragem cardiorrespiratória na Europa é de 67 a 170 por 100.000 habitantes. A reanimação é tentada ou continuada pelo pessoal das equipas médicas em cerca de 50 - 60% dos casos (entre 19 e 97 por 100.000 habitantes). No contexto europeu, as doenças cardiovasculares, contribuem para 40% de todas as mortes em indivíduos com menos de 75 anos. Cerca de um terço dos doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) morre antes de chegar ao hospital e a maioria morre na primeira hora após o início dos sintomas.

Segundo Lima et al (2019), a paragem cardiorrespiratória súbita é uma das principais causas de morte nos Estados Unidos e um importante problema de saúde pública, com mais de 500.000 mortes de crianças e adultos por ano, sendo que cerca de setenta por cento das PCR fora do hospital ocorrem em casa e aproximadamente 50% sem que ninguém as tenha presenciado. Trabalhar esta temática foi um desafio, que tenho a certeza contribuiu para desenvolver conhecimentos e competências técnicas, científicas e relacionais que permitirão maior visibilidade do meu papel enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na abordagem destas vítimas.

Achei importante aprofundar e adquirir novos conhecimentos nesta área, pois pretendo tornar-me uma profissional proficiente, com espírito crítico, reflexivo, no respeito pela pessoa e família em todo o processo de cuidados, e foi com o objetivo de desenvolver competências especializadas na abordagem e cuidado a estes doentes, que optei por ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica.

Com este relatório pretendo demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com especial enfoque no doente vítima de paragem cardio respiratória em contexto extra e intra-hospitalar e evidenciar a aquisição de competências de Mestre através da exposição e discussão pública do presente trabalho.

Para atingir estes objetivos o plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, contempla a realização de 3 ensinos clínicos: O Ensino Clínico I - Urgência Polivalente, para o qual obtive creditação pelo Conselho Técnico-Científico, atendendo aos 18 anos de experiência no serviço de urgência. O Ensino Clínico II – realizado numa Unidade de Cuidados) Intensivos Polivalente e o Ensino Clínico III - Estágio com relatório, realizado em contexto extra-hospitalar no Instituto nacional de Emergência Médica.

O presente relatório tem por base uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, das experiências vivenciadas, nos diferentes contextos da prática e também do projeto/relatório de autoformação desenvolvido na prática clínica de opção, à luz dos referenciais da profissão e da evidência científica.

O relatório é constituído por 3 capítulos, no primeiro farei uma contextualização da problemática da paragem cardio respiratória seguido do enquadramento teórico. Segue-se uma caracterização dos contextos da prática clínica e a análise do percurso de desenvolvimento de competências especializadas: competências comuns e competências específicas do EEEMC na área da PSC. Posteriormente apresentarei o percurso de especialista a Mestre em EMC e culminando com as considerações finais.

O presente relatório será redigido segundo as normas da American Psychological Association 7ª edição (APA, 2019), preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, VÍTIMA DE PARAGEM CARDIO RESPIRATÓRIA EM CONTEXTO EXTRA E INTRA-HOSPITALAR

Os avanços científicos e tecnológicos têm impactado na saúde de diversas maneiras e muito provavelmente, os benefícios mais visíveis do avanço do conhecimento científico estejam na saúde. Uma pessoa nascida no final do século XVIII muito provavelmente morreria antes de completar 40 anos de idade. Alguém nascido hoje, num país desenvolvido deverá viver mais de 80 anos e, embora a desigualdade seja muita, mesmo nos países mais pobres da África subsaariana, a expectativa de vida, atualmente, é de mais de 50 anos. O aumento da longevidade tem trazido outros problemas, tais como condições de saúde crónicas e mais complexas. Por outro lado, na medida em que a população envelhece e a procura por melhores condições de vida continua a aumentar, os custos com a saúde crescem substancialmente (Negri, 2019).

O desenvolvimento e aquisição de competências de enfermagem especializadas são importantes para acompanhar estes avanços e exigências na saúde. Com a evolução da ciência e da tecnologia, as práticas de enfermagem especializadas tornam-se mais complexas, exigindo que os profissionais de enfermagem tenham um conhecimento técnico e científico atualizado.

A aquisição de competências de enfermagem especializadas pode ser alcançada através de diversos meios, incluindo a formação académica, a educação contínua e a prática clínica. Os programas de formação académica, como cursos de pós-graduação e especialidades, podem fornecer aos enfermeiros conhecimentos avançados numa determinada área de especialização, permitindo-lhes lidar com situações clínicas mais complexas e desafiadoras.

O percurso de aquisição de competências especializadas em enfermagem envolve uma trajetória contínua de desenvolvimento profissional, que se inicia logo após a formação do enfermeiro geral e se estende ao longo da carreira, incluindo especialização, mestrado e doutoramento. Essa trajetória é influenciada por diversos fatores, como experiências clínicas, educação contínua, interação com a equipe de saúde, mudanças no sistema de saúde e avanços tecnológicos.

Segundo Cunha (2017), a abordagem à importância e ao valor da perícia clínica dos enfermeiros nos vários contextos de saúde teve a sua “máxima” nos anos oitenta, do século

XX, sendo Patrícia Benner a figura com destaque no mundo científico da época, pois desenvolveu um estudo, em que a população alvo eram os enfermeiros a trabalhar em vários serviços dos hospitais dos EUA, aplicando e aprovando o Modelo Dreyfus relativo ao desenvolvimento da perícia. Benner (2001), através da sua obra “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem”, estudou a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, analisou a aquisição de competências tendo em conta a aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está intrínseco à prática de enfermagem. Esta autora salienta a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem que advém do dia-a-dia. Benner (2001), desenvolveu um modelo de aquisição de competências identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Esta autora defende que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências é dinâmico e, só é possível aprimorá-lo com a experiência. Para isso, salienta que o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência. Estes níveis refletem mudanças em três grandes aspetos, que se introduzem aquando da aquisição de competências; a passagem de confiança em princípios abstratos para a sua utilização; a modificação da maneira como o formando deteta uma determinada situação; e a passagem de observador a executante envolvido no processo. Este último está empenhado na situação e no processo envolvente.

A presença efetiva de enfermeiros peritos nos contextos da prática é necessária e crucial, dada a presença de situações de saúde cada vez mais complexas, as quais exigem tomadas de decisões clínicas seguras, rápidas e eficazes, que dêem respostas efetivas aos problemas dos doentes, e promovam a sua satisfação (Benner, 2004). A autora advoga, que um enfermeiro perito que trabalha em determinado contexto é competente e exibe uma performance perita nessa área de atuação, e isto é conseguido pela mobilização de todo um conjunto de saberes, que farão a diferença e resultarão em ganhos em saúde.

Também Cunha (2017), citando Menoita, advoga que a competência implica uma transferência de saberes necessários para pensar, decidir e agir e não somente a aquisição de conhecimentos. Este desenvolvimento de competências só será conseguido através de um ciclo de produção, isto é, uma ligação entre a teoria e a prática, a prática e a experiência e a experiência como fonte do saber, sustentada numa disposição reflexiva.

Assim sendo, o enfermeiro especialista, é aquele que constrói o seu percurso profissional, assumindo a responsabilidade e a orientação pela sua aprendizagem numa área específica da Enfermagem, baseando a sua formação de acordo com as suas necessidades,

permitindo-lhe assim, um nível elevado de aquisição e desenvolvimento de competências, e consequente melhoria do seu desempenho profissional.

A obtenção do grau de especialista é um processo importante na carreira do enfermeiro, pois permite-lhe uma maior autonomia e responsabilidade na prática clínica, bem como uma valorização profissional. É importante salientar que o enfermeiro especialista é um profissional com competências diferenciadas e avançadas em determinadas áreas da enfermagem, no meu caso em específico na área da PSC

A especialização nas diferentes áreas da enfermagem encontra-se plasmada no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Lei nº156/2015, que define o Enfermeiro Especialista como: “aquele que é reconhecido a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem. (p. 8061)

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista deve possuir competências comuns em áreas como: “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (p. 4745).

No decurso deste relatório irei aprofundar além das competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento nº 140/2019, também as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, que é entendida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2017).

O papel do enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação crítica é de extrema importância para garantir uma assistência adequada e eficaz. As competências necessárias para desempenhar esse papel são altamente exigentes e requerem uma formação avançada e especializada.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 429/2018, as competências do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica estão estruturadas em três grandes áreas de intervenção:

Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza 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 (p. 19359).

Desta forma, é essencial que o enfermeiro especialista possua um conjunto de competências comuns e específicas, de forma a assegurar uma prática de enfermagem de qualidade, centrada no paciente e nas suas necessidades. Assim sendo, considero que este relatório que visa a aquisição do grau académico de Mestre é uma importante etapa na formação académica do enfermeiro, conferindo-lhe competências e habilidades específicas.

De acordo com o Regulamento n.º 65/2018, o grau de mestre numa determinada especialidade só pode ser conferido pelas instituições de ensino superior universitárias que, na área ou áreas de formação fundamentais do ciclo de estudos, cumulativamente:

“desenvolvam atividades de formação e de investigação e desenvolvimento experimental de nível e qualidade reconhecidos, com publicações ou produção científica relevantes; disponham de um coordenador do ciclo de estudos titular do grau de doutor na área de formação fundamental do ciclo, que se encontre integrado na carreira docente do ensino universitário ou na carreira de investigação da instituição em causa” (p. 4150).

Dessa forma, o percurso de aquisição de competências de enfermagem é contínuo e envolve diferentes níveis de desenvolvimento, desde o enfermeiro geral até o enfermeiro mestre. O desenvolvimento de competências requer uma educação continuada, experiência clínica e atualização constante em relação às mudanças no sistema de saúde e avanços tecnológicos. Antes de dar a conhecer o meu percurso de desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, farei a seguir um breve enquadramento teórico sobre a temática da PSC com especial enfoque sobre o doente vítima de PCR.

1.1. Enquadramento teórico

A minha escolha pela área de especialização na área da pessoa em situação crítica, com maior enfoque na pessoa vítima de paragem cardio respiratória não só está relacionada com o meu interesse pessoal nesta área, mas também com o facto de desempenhar funções num serviço de urgência polivalente, e crer que o enfermeiro que atua neste serviço, tem um papel fundamental no atendimento destes pacientes, sendo responsável por integrar a equipe de suporte avançado de vida e realizar intervenções cruciais para a sobrevivência dos mesmos.

Assim sendo, ao longo do curso de Mestrado de Enfermagem médico cirúrgica (EMC) na área da pessoa em situação crítica, orientei o meu percurso para os cuidados de enfermagem ao doente crítico em contexto extra e intra-hospitalar com especial enfoque na pessoa vítima de paragem cardio- respiratória.

A paragem cardio respiratória (PCR), é definida como a cessação da atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de sinais de circulação, clinicamente apresentados por irresponsividade, ausência de pulso e respiração ou *gasping*. A PCR é a via final e mecanismo de morte de diversas situações clínicas ou traumáticas que variam com a idade do paciente e local de ocorrência (Salim, 2023).

Segundo vários autores Paragem cardiorrespiratória é:

(...) uma cessação da circulação e da respiração reconhecida pela ausência de batimentos cardíacos e da respiração, num paciente inconsciente ... representa uma emergência médica extrema, cujos resultados serão a lesão cerebral irreversível e a morte, caso as medidas adequadas para restabelecer o fluxo sanguíneo e a respiração não forem realizadas (Cristina, et. al. 2009, p.99).

Ainda segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2022), a PCR é um acontecimento súbito que consiste na interrupção ou falência súbita das funções cardíaca e respiratória, constituindo-se como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América.

A PCR, atinge entre 55-113 pessoas por 100.000 habitantes, estimando-se entre 350.000 a 700.000 indivíduos afetados por ano, só na Europa (INEM, 2019). De acordo com o *European Resuscitation Council* (ERC, 2021), “paragem cardíaca súbita (PCS) é a terceira principal causa de morte na Europa e a incidência anual de paragem cardiorrespiratória é entre 67 e 170 por 100.000 habitantes” (p. 65).

Em Portugal, em 2020, segundo dados do Registo Nacional da PCR Extra-hospitalar do INEM, houve um total de 19 913 paragens cardiorrespiratórias em contexto Extra-Hospitalar, sendo que destas houve tentativa de reanimação ou continuação da tentativa em 14 667 das vezes, o que equivale a 73% dos casos, um número acima da média europeia (INEM, 2021).

A PCR, pode ser causada por uma variedade de fatores, incluindo doenças cardíacas, trauma, afogamento, overdose de drogas e outras condições médicas. Pode acontecer no contexto de problemas primários da via aérea, respiratórios ou associada a patologia cardiovascular. A maior parte das doenças que implicam risco de vida levam a compromisso respiratório e/ou cardiovascular, pelo que se associam ao risco de PCR. Por outro lado, os sistemas respiratório e cardiovascular estão estreitamente ligados. Por exemplo, a hipoxia pode condicionar alterações da função cardíaca, da mesma forma que as doenças cardíacas provocam um aumento do trabalho respiratório e do consumo de oxigénio. Daí que a falência cardíaca possa ser consequência de insuficiência respiratória e vice-versa (INEM, 2020).

A PCR em contexto intra-hospitalar, ao contrário do extra-hospitalar, não é, habitualmente, um evento súbito, mas o resultado da deterioração fisiológica lenta e progressiva, com hipoxia e hipotensão, pode ser insuficientemente tratada. Em contexto extra-hospitalar, a doença coronária é a causa mais frequente de morte súbita. A cardiomiopatia não isquémica e as doenças valvulares contribuem para a maioria dos outros casos de morte súbita, havendo um pequeno número de casos de doenças hereditárias ou doença cardíaca congénita (INEM, 2020).

O INEM salienta que em alguns casos de paragem cardíaca não é possível determinar a etiologia da PCR, porque não são encontradas quaisquer alterações estruturais, e classifica as doenças cardíacas de primárias ou secundárias, a PCR pode ser súbita ou precedida de um estado de baixo débito com maior ou menor duração (INEM, 2019, p. 23).

Segundo o ERC (2021), vários são os fatores que determinarão o resultado de pacientes vítimas de uma paragem cardiorrespiratória, alguns destes fatores podem ser modificados e outros não. Fatores que não podem ser modificados incluem a idade, sexo e comorbilidades. Por exemplo, os pacientes idosos têm uma menor oportunidade de sobrevivência depois de uma PCR. Um paciente que tem uma paragem cardíaca causada por enfarte do miocárdio tem uma oportunidade muito melhor de sobrevivência do que um paciente que tem uma paragem cardíaca de outras causas, por exemplo, insuficiência cardíaca.

Segundo Silva (2018), as taxas de sobrevivência estão frequentemente relacionadas com o local onde se dá a paragem cardíaca, uma vez que isso influencia de forma indireta outros fatores dependentes, como por exemplo, o intervalo de tempo entre a paragem cardíaca e o início de reanimação cardíaca, o uso de DAE e o tempo até à chegada da equipa médica de emergência. Assim, compreende-se que as taxas de sobrevivência para uma paragem intra-hospitalar, que ocorra em ritmo desfibrável, possam ser superiores em comparação com as que ocorrem fora do hospital, pois associam-se a maior probabilidade de serem testemunhadas (p.4).

O retorno bem-sucedido da circulação espontânea (ROSC) é o primeiro passo para o objetivo de recuperação completa da paragem cardíaca. Os processos fisiológicos complexos que ocorrem após a isquemia corporal durante a paragem cardíaca e a resposta subsequente de reperfusão durante a PCR e após a ressuscitação bem-sucedida foram denominados síndrome pós-paragem cardíaca (SPPC). Dependendo da causa da paragem e da gravidade da síndrome da paragem cardíaca, muitos pacientes precisarão de apoio múltiplo de órgãos e o tratamento que recebem durante este período pós-ressuscitação

influencia significativamente o resultado geral e particularmente a qualidade da recuperação neurológica (ERC, 2015).

A síndrome da paragem cardíaca compreende lesão cerebral pós-paragem cardíaca, disfunção miocárdica, resposta sistémica de isquemia/reperfusão e patologia precipitante persistente. A gravidade dessa síndrome vai variar de acordo com a duração e a causa da paragem cardíaca. Pode não ocorrer se a paragem cardíaca for breve (ERC, 2015).

O cérebro é extremamente sensível à isquemia, de modo que a interrupção do fluxo sanguíneo por vários minutos é suficiente para iniciar um conjunto de mecanismos de lesão que podem levar a incapacidades irreversíveis. A perda completa do fluxo sanguíneo, seguida pelo retorno à circulação espontânea (RCE) abrupto, leva rapidamente a um complexo processo fisiopatológico conhecido como lesão de isquemia e reperfusão, também conhecido, especificamente no cenário de paragem cardíaca súbita, como SPPC (Neto, 2019).

A lesão cerebral pós-paragem cardíaca manifesta-se com coma, convulsões, mioclonias, diferentes graus de disfunção neuro cognitiva e morte cerebral. A lesão cerebral é a causa da morte em aproximadamente dois terços após paragem cardíaca fora do hospital e aproximadamente 25% após paragem cardíaca hospitalar. A insuficiência cardiovascular é responsável pela maioria das mortes nos três primeiros dias, enquanto a lesão cerebral é responsável pela maioria das mortes posteriores (ERC, 2015).

A lesão cerebral pós-paragem cardíaca pode ser exacerbada por insuficiência microcirculatória, autorregulação prejudicada, hipotensão, hipercapnia, hipoxemia, hiperoxemia, pirexia, hipoglicemia, hiperglicemia e convulsões. A disfunção miocárdica significativa é comum após a paragem cardíaca, mas normalmente começa a recuperar em 2 a 3 dias, embora a recuperação completa possa levar significativamente mais tempo. A isquemia/reperfusão da paragem cardíaca em todo o corpo ativa as vias imunológicas e de coagulação, contribuindo para a falência de múltiplos órgãos e aumentando o risco de infeção. Assim, a síndrome pós-paragem cardíaca tem muitas características em comum com a sépsis, incluindo depleção de volume intravascular, vasodilatação, lesão endotelial e anormalidades da microcirculação (ERC, 2015).

A persistência da patologia que precipitou a paragem pode influenciar a morbidade pós-PCR, deve ser por isso identificada e se possível tratada de imediato. Os exemplos mais comuns são o EAM que corresponde a aproximadamente metade das paragens-cardíacas, o trombo embolismo pulmonar que responde por 2-10% e outras causas,

como o trauma, sépsis, overdose e doenças pulmonares primárias, por ex. Doença Obstrutiva Crónica, DPOC (Pinto, 2012).

Dependendo da causa e da gravidade da síndrome de paragem pós-cardíaca, muitos pacientes exigirão apoio múltiplo de órgãos e o tratamento que recebem durante este período pós-reanimação influencia significativamente o resultado geral e particularmente a qualidade da recuperação neurológica. A fase de pós-reanimação começa no local onde a ROSC é alcançada, mas, uma vez estabilizado, o paciente é transferido para a área de cuidados mais adequados (por exemplo, urgência, laboratório de cateterismo cardíaco ou unidade de cuidados intensivos), para diagnóstico, monitorização e tratamento contínuos (ERC, 2015).

O tratamento da síndrome pós-paragem cardíaca comporta três objetivos principais: o tratamento da falência hemodinâmica, o tratamento da causa da paragem cardíaca e a proteção neurológica. Outros aspetos, como o tratamento das falências dos órgãos e o tratamento de infeções, são igualmente a ter em conta (Oliveira, 2012),

Segundo o *European Resuscitation Council* (2015), numa recente declaração de consenso da Associação Europeia para Intervenções Cardiovasculares Percutâneas (EAPCI) em pacientes com paragem cardíaca no extra-hospitalar, o cateterismo cardíaco deve ser realizado imediatamente na presença de elevação de ST e considerado o mais rápido possível (menos de 2h) noutros pacientes na ausência de uma causa não coronariana óbvia, particularmente se eles estão hemodinamicamente instáveis. No entanto, é razoável discutir e considerar a avaliação laboratorial de cateterismo cardíaco emergente após a ROSC em pacientes com maior risco de causa coronariana para a sua paragem cardíaca. Fatores como idade do paciente, duração da paragem cardiorrespiratória, instabilidade hemodinâmica, apresentação de ritmo cardíaco, estado neurológico na chegada hospitalar e perceção de probabilidade de ser de etiologia cardíaca, podem influenciar a decisão de realizar a intervenção na fase aguda ou atrasá-la até mais tarde no internamento.

Ainda segundo o ERC, as causas cardíacas de paragem cardiorrespiratória têm sido amplamente estudadas nas últimas décadas; por outro lado, pouco se sabe sobre causas não cardíacas. A identificação precoce de uma causa respiratória ou neurológica permitiria a transferência do paciente para uma UCI especializada para um atendimento ideal. O melhor conhecimento do prognóstico também permite a discussão sobre a adequação de terapias específicas, incluindo a gestão da temperatura para prevenção da encefalopatia anóxica-isquémica. A identificação precoce de uma causa respiratória ou neurológica pode ser alcançada através da realização de uma tomografia cerebral e torácica na admissão

hospitalar, antes ou depois da angiografia coronariana. Na ausência de sinais ou sintomas que sugiram uma causa neurológica ou respiratória (por exemplo, dor de cabeça, convulsões ou déficits neurológicos para causas neurológicas, falta de ar ou hipoxia documentada em pacientes que sofrem de uma doença respiratória conhecida) ou se houver evidência clínica ou eletrocardiograma (ECG) de isquemia do miocárdio, a angiografia coronariana é realizada primeiro, seguida de tomografia computadorizada na ausência de lesões causais.

O cuidado pós-PCR concentra-se na avaliação atempada da pessoa vítima de PCR com ROSC, tendo em vista a otimização da função cardiopulmonar, estabilizando o fluxo sanguíneo e minimizando lesões neurológicas através do controlo da temperatura corporal. (Sá, 2020, pág. 21).

Estudos com animais mostram que imediatamente após o ROSC há um curto período de não-refluxo cerebral multifocal seguido de hiperemia cerebral global transitória que dura entre 15 e 30 min. Este é seguido por até 24 h de hipoperfusão cerebral enquanto a taxa metabólica cerebral de oxigénio gradualmente recupera. Após paragem cardíaca asfíxial, o edema cerebral pode ocorrer transitoriamente após o ROSC, mas raramente está associado a aumentos clinicamente relevantes da pressão intracraniana. Em muitos pacientes, a autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral é prejudicada (ausente ou deslocada à direita) durante algum tempo após a paragem cardíaca, o que significa que a perfusão cerebral varia com a pressão da perfusão cerebral em vez de estar ligada à atividade neuronal (ERC, 2015).

Num estudo que utilizou espectroscopia quase infravermelha para medir a oxigenação cerebral regional, a autorregulação foi perturbada em 35% dos doentes pós-paragem cardíaca e a maioria destes tinha sido hipertensiva antes da sua paragem cardíaca; isto tende a apoiar a recomendação feita nas Diretrizes ERC de 2010: depois do ROSC, mantenha a pressão arterial média perto do nível normal do paciente. No entanto, existe uma lacuna significativa no conhecimento sobre como a temperatura impacta a pressão arterial ideal (ERC, 2015).

A lesão cerebral é responsável por aproximadamente dois terços das mortes por paragem cardíaca fora do contexto hospitalar. Podendo manifestar-se clinicamente como coma persistente, como um estado mioclónico, como convulsões, como uma disfunção neuro cognitiva e em alguns casos como morte cerebral (Pinto, 2012).

Ainda segundo Pinto (2012), a lesão cerebral que ocorre devido à privação de oxigénio (O₂), pode desenvolver-se nos dias subsequentes à paragem cárdio-respiratória se outros fatores se sobrepuserem. A hipotensão, a hipoxemia, o edema cerebral e a deficiente

autorregulação cerebrovascular são exemplos destes. Por fim outras condições que promovem as lesões cerebrais e que não estão diretamente relacionados ao oxigénio, são a hiperglicemia, as convulsões e a hipertermia.

O prognóstico do paciente vítima de uma PCR, pode depender de uma série de fatores, incluindo a rapidez e eficácia das medidas de reanimação instituídas, a presença de condições médicas subjacentes e a qualidade do suporte vital pós-ressuscitação.

É prática comum sedar e ventilar pacientes por pelo menos 24 horas após o ROSC, não há dados de alto nível para suportar um período definido de ventilação, sedação e bloqueio neuromuscular após paragem cardíaca. Os pacientes precisam ser sedados adequadamente durante o tratamento da gestão de controle da temperatura, e a duração da sedação e ventilação é, portanto, influenciada por esse tratamento. Não há dados que indiquem se a escolha da sedação influencia ou não o resultado, mas uma combinação de opioides e hipnóticos é geralmente usada. Drogas de ação curta (por exemplo, propofol, fentanil, remifentanil) permitirão uma avaliação e prognóstico neurológico mais confiável e mais cedo. A sedação adequada reduzirá o consumo de oxigênio (ERC.2015).

A monitorização da ventilação é um fator fulcral para o outcome neurológico da PSC com ROSC pós-PCR. Assim, reveste-se de importância a monitorização da saturação periférica de oxigénio (SpO₂), assim como do ETCO₂ (*end tidal carbon dioxide*). O objetivo principal nesta fase é evitar a hiperventilação e a hipocapnia, pois estas promovem a vasoconstrição e como tal, promovem diminuição da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), que nesta fase se prova ser algo deletério para o prognóstico a longo prazo (Sá, 2022, p.23).

O controle da glicémia revelou-se importante para a neuroprotecção, pois após um evento traumático como a PCR, há a libertação de hormonas tais como catecolaminas, glucagon e glucocorticoides, que podem conduzir a hiperglicemia. Como o transporte de glucose para o tecido cerebral está comprometido durante e na fase pós PCR, é importante um controlo adequado da glicémia para melhorar a protecção cerebral. Tanto a hiperglicemia como a hipoglicémia são fatores de mau prognóstico cerebral, pelo que é necessária uma intervenção acrescida no controlo da glicémia, principalmente quando há a instituição de hipotermia permissiva, pelo que com a hipotermia, há a diminuição do metabolismo basal da PSC, com conseqüente resistência à insulina, podendo surgir a hiperglicemia. Pelo contrário, com o retomar da temperatura normal, há um inverter de todo este processo, com um aumento do metabolismo, uma diminuição da resistência à insulina e conseqüentemente um maior risco de hipoglicémia (Sá, 2022, p.23).

O controle das crises convulsivas e mioclonias revelou ser também um fator importante na neuroprotecção, pois podem surgir em alguns casos nas primeiras 24 horas e caso não sejam controlados são fator de aumento da morbidade. É de primordial importância a deteção precoce de atividade epiléptica, que surge fundamentalmente pelo aumento do metabolismo e como tal, do consumo de oxigénio celular. Deverá recorrer-se a instrumentos de monitorização avançada, tais como o eletroencefalograma (EEG) para detetar possível atividade epileptiforme e conseqüente tratamento precoce (Sá, 2022, p.24).

Outro fator importante para a neuroprotecção é o controlo da temperatura. O controlo da temperatura é uma intervenção complexa principalmente pela sua instituição e manutenção, tendo sido também nos últimos anos alvo de muita controvérsia.

Dados em animais e humanos indicam que a hipotermia induzida leve é neuroprotetora e melhora o desfecho após um período de hipoxia-isquemia cerebral global (ERC, 2015).

O controlo dirigido de temperatura, ou *Targeted Temperature Management* (TTM), consiste numa “intervenção complexa que tem como objetivo diminuir a mortalidade e melhorar os resultados neurológicos, reduzindo as necessidades metabólicas e minimizando a lesão pós-anóxica em vítimas de paragem cardiorrespiratória” (Fernandes, 2020 p.54).

Nos anos 2000 surgiram dois ensaios clínicos que mostraram os benefícios da redução da temperatura corporal até 32-34°C em doentes pós-reanimação cardiopulmonar (RCP). Desde então, a hipotermia terapêutica tem sido amplamente reconhecida como uma medida standard nos cuidados pós-RCP. Mais tarde, um outro estudo clínico controlado e randomizado comparou os resultados neurológicos entre dois grupos submetidos a temperaturas-alvo distintas, 33 e 36°C, e não encontrou diferenças entre ambos. Assim, o “termo hipotermia terapêutica tem vindo a ser substituído pelo termo TTM, ou controlo dirigido de temperatura” (Fernandes, 2020, p.54).

O uso da gestão da temperatura em vez de uma hipotermia moderada a elevada, consegue uma melhoria no desempenho neurológico pós lesão cerebral, sem acarretar tantos efeitos laterais. Durante muito tempo pensou-se que os efeitos benéficos da hipotermia se esgotavam na redução da taxa metabólica cerebral, levando à diminuição do consumo de Oxigénio e de glicose pelas células. De facto, o metabolismo cerebral diminui 6 a 10% por cada 1°C de diminuição da temperatura corporal (38), no entanto este é apenas um dos vários efeitos positivos da hipotermia (Pinto, 2012).

Dois terços das mortes em doentes admitidos em UCI por PCR extra-hospitalar ocorrem na sequência de lesão neurológica. Dessas, a maioria deve-se à retirada de suporte de órgãos com base no mau prognóstico neurológico (Henriques, 2019 p.15).

Após uma paragem cardíaca, a previsão de uma recuperação neurológica significativa nas primeiras semanas pode ser desafiante e as taxas de mortalidade são extremamente altas. Dos que sobrevivem, cerca de metade ficam com algum grau de incapacidade neurológica permanente e poucos são aqueles que podem retomar à qualidade e estilo de vida anteriores. Para se evitarem tratamentos desproporcionados e não benéficos torna-se imperativo identificar os doentes com um prognóstico mais desfavorável (Silva, 2018, p.10).

É necessária uma forma de prever o prognóstico neurológico que possa ser aplicada individualmente a todos os doentes, imediatamente após recuperação cardíaca. Dado que nenhuma variável isolada pode prever de forma confiável um prognóstico negativo, é essencial considerar várias variáveis em conjunto para reduzir a possibilidade de erro. Assim, é importante realizar uma avaliação prognóstica em todos os pacientes que, após 72 horas, ainda permanecem em estado de coma com uma resposta motora à dor ausente ou extensora. Isso se deve ao fato de que, na maioria dos pacientes, o processo de recuperação neurológica tende a se completar após esse período (Correia, 2017, p.27).

Os resultados obtidos através do exame físico nos primeiros dias após reanimação não são os mais confiáveis, pelo que só devem ser considerados com maior objetividade 72 horas depois do retorno da circulação espontânea (Silva, 2018, p.10).

A ausência bilateral do reflexo pupilar à luz, nas 72 horas posteriores ao retorno da circulação espontânea (RCE), reflete um outcome mais desfavorável. A abolição do reflexo corneano é também um indicador de mau prognóstico neurológico, ainda que menos específico quando comparado com o reflexo pupilar. Ao contrário do reflexo pupilar, o reflexo corneano pode ser influenciado pelos sedativos e relaxantes neuromusculares (Silva, 2018 p.10).

A resposta à dor com extensão ou a sua ausência (score menor ou igual a dois na escala de coma de Glasgow) às 72 horas é, de igual modo, um preditor de mau prognóstico. A resposta motora à dor, tal como acontece com o reflexo corneano, pode também ser suprimida pelos efeitos de fármacos sedativos. Dada a alta TFP (12% a 48%), não é recomendado que este teste seja utilizado como marcador de prognóstico isolado (Silva, 2018 p.10).

As mioclonias são um sinal clínico de lesão do sistema nervoso central (SNC) e consistem em contrações ou inibições musculares súbitas, breves e involuntárias (Silva, 2018). As mioclonias, não são recomendadas para prever mau prognóstico. Há um estudo dirigido que associa, de forma consistente, mioclonias iniciadas nas primeiras 48 horas após RCE e mau prognóstico. Todavia, há casos relatados de boa recuperação neurológica apesar de episódios precoces de mioclonias (Henrique, 2019 p.16).

Os testes eletrofisiológicos podem também ajudar a equipa a determinar o outcome do doente após paragem cardíaca. Várias alterações no eletroencefalograma (EEG) têm sido associadas a pior prognóstico, nomeadamente: supressão severa da amplitude de base, estado epilético, convulsões, padrões de surto-supressão e ausência de reatividade.

Num estudo que tentou avaliar a correlação dos achados no EEG com o prognóstico após paragem cardíaca, um grupo de investigadores dividiu os doentes em três grupos de acordo com o encefalograma obtido: altamente maligno, maligno e benigno. O EEG foi classificado como altamente maligno em 37% dos doentes e benigno em 14%, tendo fornecido informação prognóstica clara em ambos os extremos: um outcome desfavorável foi visto em todos os doentes classificados como tendo EEG altamente maligno e em apenas 1% nos com EEG benigno. Isto indica que o EEG pode fornecer importantes dados fiáveis e reprodutíveis com informação prognóstica útil em metade dos doentes (Silva, 2018 p.11).

A tomografia computadorizada (TC) está disponível em grande parte dos serviços de emergência e é frequentemente usada para excluir causas de lesão cerebral estrutural. Em contexto de paragem cardíaca (PC), após alguns minutos de isquemia cerebral, a depleção de energia leva a edema citotóxico, principalmente ao nível da substância cinzenta; com o decorrer dos dias, a resposta vasogénica também irá contribuir para a formação desse mesmo edema cerebral. Assim, é normal que o edema cerebral seja o principal achado da TC neste contexto sendo sinal de mau prognóstico (Silva, 2018, p.11).

Após um episódio de paragem cardíaca, podem ocorrer alterações tanto a nível molecular como celular, pelo que biomarcadores que reflitam estes mesmos mecanismos patológicos podem ser reconhecidos como potentes preditores de outcome neurológico. (Silva, 2018, p.14).

A enolase neuronal específica e a proteína S-100B são biomarcadores libertados após lesão de neurónios e células gliais, respetivamente. Os seus valores pós-PCR correlacionam-se com a extensão da lesão cerebral anóxica isquémica, contudo, as suas concentrações séricas não são variáveis suficientes, per si, para prever um mau prognóstico em doentes em coma pós-PCR (Henrique, 2019, p.16).

Apesar da melhoria na resposta à paragem cardíaca, o outcome neurológico, assim como a sobrevivência global, tanto a nível intra-hospitalar como extra-hospitalar mantêm-se baixos. A encefalopatia anóxica pós-reanimação representa um problema comum com consequências éticas, sociais e económicas, sendo que, na prática clínica, as equipas dos serviços de cuidados intensivos, são confrontados com a questão de continuar ou suspender as medidas de suporte avançado de vida nestes doentes (Silva, 2018, p.16).

Entre os sobreviventes de paragem cardíaca classificados com boa evolução, os efeitos da lesão cerebral hipóxico-isquémica podem ter impacto no dia a dia. A sequela neurológica mais frequentemente relatada é o comprometimento neurocognitivo para todos os sobreviventes na fase precoce e, em torno de 40-50%, no longo prazo. A maior melhoria da cognição ocorre durante os primeiros três meses, mas a melhoria individual foi relatada até um ano após o evento. Num estudo espanhol, foi observado que metade dos sobreviventes (n =79) três anos após a paragem cardíaca, apresentou comprometimento cognitivo. O comprometimento cognitivo na fase crónica é principalmente leve a moderado, mas o comprometimento moderado a grave é identificado em 20-26% dos sobreviventes. Os domínios cognitivos mais frequentemente afetados incluem: memória episódica/de longo prazo; atenção/velocidade de processamento; e funções executivas. Prejuízos em outros domínios também foram relatados (Salim, 2023).

A capacidade funcional a longo prazo dos sobreviventes de uma PCR é um aspeto essencial a considerar. Muitos doentes enfrentam desafios significativos na recuperação da sua capacidade de realizar atividades diárias, devido a danos físicos e neurológicos resultantes da paragem cardíaca. A reabilitação precoce e a terapia ocupacional podem desempenhar um papel crucial na maximização da funcionalidade e na melhoria da qualidade de vida desses pacientes (Salim, 2023).

Em suma, os desfechos dos doentes após uma paragem cardiorrespiratória são multifacetados e complexos, envolvendo não apenas a sobrevivência imediata, mas também a qualidade da função neurológica e a capacidade funcional a longo prazo. É essencial que o enfermeiro especialista esteja atento a esses desfechos e adote abordagens multidisciplinares para otimizar o prognóstico e o bem-estar dos pacientes após esse evento crítico.

Assim sendo a paragem cardiorrespiratória é, uma das situações mais críticas que um enfermeiro pode enfrentar na sua prática clínica. Requer não apenas habilidades técnicas específicas em ressuscitação cardiopulmonar, mas também uma preparação contínua e atualizada para lidar com essa situação de forma eficaz.

Nesse sentido, a formação contínua e a atualização das competências são essenciais para garantir que os enfermeiros estejam preparados para responder de forma rápida e eficiente a uma paragem cardiorrespiratória. A capacitação contínua não só aumenta a confiança e a competência dos enfermeiros, mas também pode ter um impacto direto na redução da morbimortalidade associada a essa situação dramática. É importante reconhecer que a resposta adequada a uma PCR pode fazer a diferença entre a vida e a morte para o paciente. Portanto, investir em formação e atualização contínua não é apenas uma obrigação profissional, mas também uma responsabilidade moral dos enfermeiros. Ao manterem-se atualizados com as diretrizes mais recentes e ao participarem regularmente em cursos de formação em suporte avançado de vida, os enfermeiros podem aprimorar as suas competências e conhecimentos, tornando-se mais eficazes na identificação precoce da PCR, na administração de ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade e na gestão adequada do paciente após a ressuscitação.

A capacitação e formação contínuas dos enfermeiros são fundamentais para assegurar uma resposta rápida e eficaz a situações de paragem cardiorrespiratória, salvando vidas e melhorando os resultados dos pacientes.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC) é um desafio contínuo, fundamental para os enfermeiros que lidam com o doente crítico. Essas competências abrangem uma ampla gama de habilidades técnicas, conhecimentos clínicos baseados em evidências científicas e capacidades de tomada de decisão rápida e precisa.

Além das habilidades técnicas, o desenvolvimento de competências especializadas na área da PSC também requer uma compreensão profunda das necessidades físicas, emocionais e psicossociais dos pacientes e suas famílias. Portanto, o desenvolvimento dessas competências especializadas é essencial para garantir cuidados de alta qualidade aos pacientes em situações críticas, contribuindo para a excelência na prática da enfermagem médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Antes de passar a descrever o percurso de desenvolvimento de competências comuns, farei uma breve caracterização dos contextos da prática clínica.

2.1. Caracterização dos contextos da prática clínica

A escolha do local da prática clínica não se deve cingir apenas à preferência pessoal do enfermeiro, é um processo importante que envolve diversos fatores a serem considerados. É fundamental que o enfermeiro especialista tenha um conhecimento das características de cada local, das suas capacidades e limitações, de forma a garantir uma prestação de cuidados efetiva e segura. O especialista deve basear a sua atuação em evidências científicas e nas melhores práticas de enfermagem. Dessa forma, o enfermeiro especialista deve manter-se atualizado sobre as novas tecnologias e técnicas de cuidado, bem como sobre as últimas pesquisas na área.

Foi tendo em conta esses fatores que escolhi os locais em que desenvolvi as minhas práticas clínicas, tendo sempre em atenção a melhor prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica vítima de paragem cardio respiratória desde o extra-hospitalar até o doente chegar aos cuidados intensivos.

2.1.1. Ensino clínico I – Serviço de Urgência

Durante os meus 18 anos de experiência como enfermeira num serviço de urgência polivalente, prestei cuidados de Enfermagem ao doente crítico, sujeito a doenças muito complexas, nomeadamente do foro médico e cirúrgico. Realizei várias formações e pude vivenciar múltiplas experiências no âmbito dos cuidados ao doente crítico, fundamentais à aquisição de um conjunto de conhecimentos sólidos e de competências específicas no cuidado ao doente crítico.

O Serviço de Urgência (SU) onde exerço funções como enfermeira, é composto por uma área pediátrica, uma área de adultos, sendo que as urgências obstétricas são encaminhadas para o 4º andar. É um Serviço de Urgência (SU) polivalente, sendo considerado o "último recurso", uma vez que as situações não resolvidas nas unidades de urgência periféricas são encaminhadas para este serviço.

Sendo um SU polivalente, tem um nível mais diferenciado, dá resposta a mais de 250 mil habitantes, oferece recursos como especialidades médicas e cirúrgicas, bloco operatório, imagiologia, laboratório clínico (análises, anatomia patológica), pneumologia e gastroenterologia com endoscopia, medicina intensiva e hiperbárica, (Despacho n.º 10319/2014).

Assegura ainda o funcionamento dos sistemas de resposta rápida, tendo a Triagem de Manchester como facilitador. Deste modo, neste serviço estão garantidas as Vias Verdes (VV): coronária, sépsis, trauma e AVC (Acidente Vascular Cerebral).

No caso das emergências coronárias, a disponibilidade da Intervenção Coronária Percutânea (PCI) é crucial para a eficácia da VV coronária.

Para casos de sépsis, a VV é assegurada pela presença da Medicina Intensiva.

Além disso, como centro de trauma, a VV do trauma é garantida pela presença de um serviço de imagiologia adjacente ao SU, um bloco operatório funcional, com facilidade de acessos e uma equipe especializada em prevenção das especialidades cirúrgicas.

No que diz respeito a emergências relacionadas ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), além de uma equipe com capacidade para o diagnóstico clínico, a disponibilidade do serviço de imagiologia no SU é fundamental. Além disso, este hospital conta com uma unidade específica para AVC, também localizada no mesmo piso do SU, garantindo assim um tratamento rápido e especializado para esses casos.

O espaço físico do serviço é composto por uma secretaria para admissões de doentes e fornecimento de informações aos familiares. Segue-se a sala de triagem, com dois postos de atendimento, onde os doentes são direcionados para a área médica correspondente, de

acordo com os fluxogramas de triagem de Manchester. Há também uma sala de espera comum para as áreas médica e cirúrgica, seguida por três gabinetes de atendimento médico e um de cirurgia. Após as salas de observação médica, onde são administrados tratamentos prescritos (sala de tratamentos), encontra-se a sala aberta, um espaço mais amplo onde os doentes que necessitam de menos vigilância aguardam efeitos terapêuticos, resultados de exames, transporte ou encaminhamento para internamento.

A sala de recuperação é reservada para doentes que precisam de vigilância intermédia ou transfusões. Além disso, existem áreas dedicadas à ortopedia e cirurgia, incluindo salas para pequenas cirurgias e uma sala de observação de doentes cirúrgicos (sala de cirurgia).

Há também uma Sala de Observação (SO) com 14 camas, duas das quais são destinadas a pacientes críticos que requerem vigilância intensiva e suporte de vida.

Além disso, há uma área de isolamento reservada para pacientes que necessitam de isolamento. À entrada do serviço com fácil acesso, temos a sala de emergência equipada com uma bancada para adultos e outra para crianças, localizada próximo à imagiologia.

Devido ao contexto pandémico houve a necessidade de criar a triagem avançada num espaço para receber doentes do foro respiratório com Covid. Todas as salas têm pressão negativa, e os doentes só podem ser transferidos para os serviços após teste *sars cov2* negativo.

Outro posto criado foi o “anexo” que está localizado junto à SO, onde na altura da pandemia, permaneciam todos os doentes que tivessem de fazer o teste de *sars cov2*, até terem o resultado do teste negativo e serem encaminhados para os serviços. Atualmente destina-se aos doentes internados que aguardam vaga no serviço de urgência, e é composto por 8 camas.

Todo este espaço é utilizado para atender uma média diária de 300 doentes e, conta com uma equipa de 109 enfermeiros. Esta equipa inclui 17 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 7 especialistas em enfermagem de saúde mental, 5 especialistas em enfermagem de saúde comunitária e um especialista em enfermagem de reabilitação. Em cada turno, há 19 enfermeiros disponíveis, que trabalham em regime de rotatividade. Os enfermeiros são destacados por turno de acordo com as suas competências individuais, os enfermeiros em EMC ficam destacados nas áreas de SO, cuidados especiais, Sala de Emergência, Sala de pequena cirurgia e Sala de recuperação, por serem aqueles que possuem o domínio do conjunto de competências específicas na área da enfermagem no cuidado à

pessoa em situação crítica, de acordo com o Regulamento de Competências do Enfermeiro EEMC.

É de responsabilidade do enfermeiro chefe de equipe a distribuição dos enfermeiros em cada posto de trabalho, mobilizando-os conforme necessário. O Enfermeiro responsável pelo turno (EEMC) tem o dever de garantir os cuidados de enfermagem necessários durante cada turno, obtendo uma visão abrangente da situação dos pacientes. Além disso, é responsável pela requisição de material de consumo clínico, pela distribuição dos elementos pelos postos, pela gestão do tempo de pausas para refeições dos enfermeiros e ainda por pedidos de terapêutica à farmácia.

2.1.2. Ensino clínico II – Unidade de Cuidados Intensivos

Polivalente

A prática clínica em contexto de Cuidados intensivos foi planeada e efetuada numa unidade de cuidados intensivos polivalente.

A terminologia usada para a caracterização do nível de assistência médica das zonas onde se praticam cuidados intensivos tem sido variada. Segundo o Ministério da saúde as Unidades de Nível III, que corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva//Unidades de cuidados intensivos, devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas, que pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos, de acordo com o Despacho nº 4320/2013 publicado em diário da República Nº 59, 2ª Série, de 25 de Março de 2013.

A UCI situa-se no andar técnico, tem uma capacidade para 15 doentes, 8 camas no andar técnico (UCIP 1) que inclui um isolamento, e 7 camas na UCE do serviço de urgência e devido à pandemia Covid 19, foi criada outra unidade com 8 camas no 3º piso da Consulta Externa.

A equipa de profissionais afetos aos cuidados de enfermagem é composta por 19 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cinco Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, um em Enfermagem de Saúde Mental e um em Enfermagem de Saúde Comunitária, perfazendo um total de 60 enfermeiros que asseguram cuidados 24 horas sobre 24 horas. É constituída por 5 equipas, 7 enfermeiros por turno, num dia normal, sendo por

vezes necessário mais elementos, se o Unidade tiver doentes no CEU (Cuidados especiais da urgência) ou doentes na unidade de covid.

No meu estágio no SMI (Serviço de Medicina Intensiva), pude aperceber-me que tal como no SU, a distribuição dos enfermeiros é feita pelo enfermeiro responsável de turno (geralmente, um especialista em EMC), distribuição essa, de acordo com as competências de cada elemento da equipa e da carga de trabalho que cada doente exige diariamente.

Esta distribuição é baseada no sistema de classificação dos doentes denominado de TISS-28, (*Therapeutic Intervention Scoring System*), que é preenchido pelo enfermeiro responsável de equipa no turno da noite, e através do mesmo pontua e classifica a gravidade de cada utente internado na SIM por forma a permitir uma atribuição justa a cada enfermeiro do turno seguinte consoante a carga horária necessária para os cuidados aos utentes. O *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) é um sistema de medida de gravidade e de carga de trabalho de enfermagem em UCI, criado em 1974 e atualizado em 1983, que tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo dispensado pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos no doente crítico. Com o intuito de tornar o índice mais ajustado para medir a carga de trabalho de enfermagem e facilitar a aplicação prática, ampla modificação foi realizada, em 1996, que resultou na versão TISS-28. Nessa nova estrutura o índice, além de sofrer redução do número de itens, teve mudanças expressivas na sua configuração, com o agrupamento de itens afins. O sistema passou a ser composto, então, por sete categorias de intervenções terapêuticas, assim denominadas: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas. Com essa reestruturação, o escore TISS-28 permite não só estimar as intervenções e, portanto, a gravidade indireta dos pacientes, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem na UTI, uma vez que cada ponto TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de trabalho de um profissional da equipe de enfermagem na assistência ao doente crítico (Padilha, 2005).

É de salientar que a UCI onde realizei o ensino clínico é um serviço acreditado desde janeiro de 2017 pelo modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA), com nível BOM.

2.1.3. Ensino clínico III: Opção: Instituto Nacional de Emergência Médica

O Ensino Clínico III, decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em Portugal Continental. O INEM é composto por um centro de comunicações, Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) responsável pela medicalização do Número Europeu de Emergência – 112.

Os pedidos de socorro efetuados através do 112, que digam respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para o CODU.

O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. Compete aos CODU atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso.

O CODU onde efetuei a minha prática clínica, funciona 24 horas por dia, é composto por equipas de profissionais qualificados (Médicos, enfermeiros e Técnicos de emergência) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro. O CODU coordena e gere um conjunto de meios de socorro (motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros). Os meios são selecionados de forma criteriosa de acordo com: a situação clínica das vítimas, a proximidade do local da ocorrência, a acessibilidade ao local da ocorrência. Este serviço assegura o acompanhamento das equipas de socorro no terreno através de informações clínicas recebidas (INEM, 2013).

O Centro de Informação Antivenenos (CIAV) é um centro médico de consulta telefónica na área da toxicologia, responsável pela prestação, em tempo útil, das informações necessárias e adequadas a profissionais de saúde ou ao público em geral, visando uma abordagem correta e eficaz a vítimas de intoxicação. Único no País, com uma cobertura nacional, o CIAV funciona ao longo das 24 horas do dia, 7 dias por semana, sendo o serviço assegurado por pessoal médico especializado, disponível através de uma linha telefónica exclusiva.

O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), desempenha um papel fundamental na intervenção em situações de crise psicológica, comportamentos suicidas e vítimas de abusos/violência física ou sexual, entre outros. Este serviço é assegurado pelos psicólogos do CAPIC no CODU e está disponível através do Número Europeu de Emergência 112. As chamadas são encaminhadas para o psicólogo de serviço com base na triagem efetuada, ou sempre que o Técnico de Emergência Extra-hospitalar

(TEPH) identifique a necessidade de comunicar uma ocorrência ao psicólogo. Isso inclui situações como tentativas e risco de suicídio, episódios depressivos com agravamento, crises de ansiedade e ataques de pânico, crises psicóticas ou episódios dissociativos, aconselhamento na notificação de morte, violência doméstica/violação/abuso sexual, emergências psiquiátricas, apoio e aconselhamento aos profissionais no local da ocorrência, além de outras situações de choque emocional.

O CAPIC tem na sua constituição Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) sediadas nas Delegações Regionais do Norte (Porto), Centro (Coimbra) e Sul (Lisboa e Faro). Estas unidades são constituídas por um Psicólogo e por um TEPH e deslocam-se ao local da ocorrência após a ativação via CODU. A ativação da UMIPE pode resultar da proposta do fluxo de triagem ou por decisão do Médico Regulador, numa fase inicial, em contextos que antecipadamente se prevê de elevada exigência emocional, ou na sequência da passagem de dados e solicitação das equipas no local (INEM, 2013).

O Serviço de Helicóptero de Emergência Médica (SHEM) é composto por uma frota de quatro aeronaves. Este serviço, funciona 365 dias por ano, 24 horas por dia. Estão equipados com material de Suporte Avançado de Vida e a sua tripulação é constituída pela equipa de pilotos (o comandante e um piloto) e pela equipa médica (um médico e um enfermeiro). Os médicos e os enfermeiros que prestam serviço nos Helicópteros do INEM têm formação específica, compreendendo um Curso de Fisiologia de Voo e Segurança em Heliportos e um curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Têm também experiência em Emergência Extra-hospitalar, em Cuidados Intensivos e/ou Serviço de Urgência (INEM, 2013). Os Helicópteros de Emergência médica são utilizados no transporte de doentes graves entre o local da ocorrência e a unidade de saúde (missões primárias) ou entre unidades de saúde (missões secundárias). Este meio também poderá ser usado para outras missões, nomeadamente transporte de órgãos para transplantação.

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção extra-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida.

As VMER atuam na dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e têm base hospitalar. O seu principal objetivo consiste na estabilização extra-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em emergência (INEM, 2013).

As Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), desempenham um papel crucial ao garantir cuidados de saúde especializados, incluindo manobras de reanimação, em ambiente extra-hospitalar. A equipa, é composta por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Extra-hospitalar (TEPH). Essas ambulâncias têm como objetivo proporcionar cuidados de saúde especializados, como manobras de reanimação, até que uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida esteja disponível. Estão equipadas com um monitor-desfibrilhador e uma variedade de fármacos de emergência, e possuem recursos como a capacidade de transmitir eletrocardiogramas e sinais vitais. Os enfermeiros da SIV atuam segundo protocolos, sempre validados pelo médico regular que se encontra no CODU (INEM,2013).

2.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Ao longo deste capítulo irei evidenciar o percurso percorrido na aquisição e desenvolvimento das competências em EMC na área da pessoa em situação crítica. É importante realçar que este percurso foi influenciado pela integração de um vasto corpo de conhecimentos adquiridos durante a componente teórica e práticas clínicas realizadas durante o Mestrado.

No processo de obtenção do título de Enfermeiro Especialista, é fundamental que os profissionais adquiram um conjunto específico de competências essenciais, adaptáveis aos diversos ambientes de cuidados de saúde. Essas competências garantem que o enfermeiro pode atuar de forma eficaz nos diferentes cenários da vida dos pacientes, aplicando conhecimentos, habilidades e capacidades de forma adequada. São competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas e englobam áreas como conceção, gestão, supervisão de cuidados, formação, investigação e consultoria (OE, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, o Enfermeiro Especialista:

é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído; a atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente regulamento (p.4744).

O desenvolvimento das competências clínicas especializadas é crucial para mim, como futura enfermeira especialista, mas reconheço que não deve ser encarado de forma isolada. É fundamental possuir um conjunto de competências comuns que permitam uma

intervenção completa e holística junto dos pacientes, independentemente da área de especialização. Dessa forma, posso garantir uma abordagem mais abrangente e integrada no cuidado aos pacientes, levando em conta não apenas as suas necessidades específicas, mas também as suas necessidades emocionais, sociais e psicológicas.

É importante destacar que a aquisição e desenvolvimento de competências é um processo contínuo e que requer dedicação e atualização constante. Nesse sentido, a participação em eventos científicos, a realização de cursos de atualização e a atuação em projetos de pesquisa na área de EMC são estratégias fundamentais para aprimorar e expandir as competências do Enfermeiro Especialista e Mestre em EMC.

O processo de aquisição de competências não termina com a obtenção do título de enfermeiro especialista. Como profissional de saúde, devo estar sempre disposta a aprender e a evoluir, mantendo-me atualizada sobre os últimos avanços na enfermagem e na saúde. Continuarei a refletir sobre a minha prática, identificando áreas que precisam de melhoria e oportunidades de crescimento profissional, e procurando sempre novos desafios e oportunidades para aprender e crescer como enfermeira especialista.

Assim “o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade” (OE, 2019, p.4744).

As competências comuns do enfermeiro especialista são fundamentais para a sua atuação no contexto de cuidados de saúde, independentemente da sua área de especialização.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento (OE, 2019, p. 4744).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, artigo 3º, alínea a), Competências comuns: “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (pág. 4745).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes: “Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade;

Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019, p.4745).

2.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

A ética é um dos princípios fundamentais da prática de enfermagem. O especialista tem a responsabilidade de garantir que a sua prática seja baseada em princípios éticos, como a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Isso inclui respeitar a privacidade e a dignidade dos pacientes, bem como garantir que os cuidados prestados sejam baseados nas necessidades individuais de cada um.

Além disso, o especialista também tem a responsabilidade legal de garantir que a sua prática esteja em conformidade com as leis e regulamentos em vigor. Isso inclui estar ciente das leis relacionadas com a prática de enfermagem, como as leis de consentimento informado, a confidencialidade e a proteção de dados pessoais.

Os enfermeiros também devem estar cientes das suas responsabilidades legais em relação aos incidentes de segurança do paciente e erros médicos. Como futura especialista, reconheço que a ética é um dos pilares essenciais da minha prática profissional. Durante a minha vida profissional e durante as práticas clínicas, tive como compromisso garantir que a minha atuação fosse pautada pelos princípios éticos, acima referidos. Isso significa que respeitei a privacidade e a dignidade dos pacientes, além de que assegurei que os cuidados prestados fossem de acordo com suas necessidades individuais.

Além disso, compreendo a importância de agir em conformidade com as leis e regulamentos em vigor. Isso inclui estar ciente da necessidade de salvaguardar o consentimento informado, a confidencialidade e a proteção de dados pessoais.

Cada ser humano é único, com as suas próprias características e particularidades, e é fundamental que o cuidado em enfermagem seja direcionado para as múltiplas dimensões do ser humano, incluindo aspetos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Além disso, é preciso levar em conta as preferências e singularidades de cada indivíduo, garantindo assim uma assistência personalizada e humanizada.

Durante a prática profissional na enfermagem, deparei-me com diversas situações que envolvem dilemas éticos. Ao fundamentar as nossas decisões em princípios éticos e morais, podemos garantir o respeito à dignidade, à qualidade de vida e aos direitos humanos dos pacientes que atendemos. É importante ressaltar que a ética na enfermagem não se limita apenas a seguir regras e normas, mas também envolve a capacidade de reflexão crítica e a tomada de decisões conscientes em situações complexas e desafiadoras, como por exemplo:

as transfusões sanguíneas nas pacientes testemunhas de jeová; as situações de autorização de cirurgias de urgência, em que o paciente recusa pondo em risco a sua vida.

Por isso o código deontológico e o REPE são ferramentas importantes que orientam a nossa prática, estabelecendo princípios fundamentais como a autonomia do paciente, o sigilo profissional, a privacidade e o direito à informação. Além disso, a ética na enfermagem também envolve aspetos como a empatia, a compaixão e a responsabilidade social.

O Ministério da Saúde, no Despacho n.º 14223/2009, refere que os códigos deontológicos salvaguardam a qualidade dos cuidados prestados, e incutem a permanente atualização da cultura científica e da preparação técnica, como forma de os profissionais de saúde prestarem os melhores cuidados ao seu dispor, em pleno respeito pela dignidade da pessoa, atenuando o sofrimento, e restituindo a sua saúde.

Em contextos de urgência/emergência, autores como Fernandes (2019), defendem que o especialista deve munir-se de um corpo de argumentos relativos aos aspetos éticos, morais, deontológicos e legais que respeitem os princípios orientadores das teorias éticas, o regulamento do exercício profissional, os direitos humanos e os direitos dos doentes, já que muitas destas decisões têm de ser tomadas em âmbitos muitas vezes de incerteza, e a informação de que se dispõe é por vezes ambígua e diminuta.

Em suma, a ética é um pilar fundamental na prática da enfermagem, sendo essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e o respeito aos seus direitos e dignidade. É preciso estar sempre atento aos dilemas éticos que podem surgir na prática profissional, e se basear no código deontológico e no REPE para tomar decisões conscientes e responsáveis.

Ao ingressar no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, percebi a importância de aprimorar o meu conhecimento científico. Busquei atualizar-me profissionalmente por meio da consulta de diversos estudos científicos, sempre pautando as minhas ações pelo código deontológico. Essa abordagem orientada pela ética profissional tem sido fundamental para minha tomada de decisões.

Durante a minha prática profissional no serviço de urgência e durante as práticas clínicas realizadas durante o mestrado em enfermagem à pessoa em situação crítica, tive a oportunidade de cuidar de pacientes de diversas etnias, procedências e condições socioeconómicas, muitos deles apresentando alterações no seu estado de consciência. Em cada caso, procurei adaptar a minha abordagem de modo a atender às necessidades biopsicossociais e religiosas de cada paciente. Cuidei de vários pacientes em fim de vida,

aos quais facilitei o acompanhamento de familiares mais próximos e a presença do padre quando a família assim o desejou.

Como futura especialista, compreendo que a minha prática profissional deve ser pautada pelo respeito à dignidade, liberdade e autonomia dos pacientes.

O respeito pelo consentimento informado do doente é um princípio fundamental na prática clínica. A Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, estabelece que as intervenções no domínio da saúde devem ser precedidas do consentimento livre e esclarecido da pessoa em causa. Esta pessoa deve ser devidamente informada, de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar.

O consentimento explícito por escrito é um requisito necessário em casos como cirurgias e doação de hemoderivados em Portugal. No entanto, é importante salientar que existem exceções a essa regra. Em situação de emergência que envolva risco de vida iminente, é aplicado o conceito de consentimento presumido, que atua como uma medida indispensável para a preservação da saúde da pessoa.

Sempre que a situação me permitiu, informei o doente sobre a intervenção a ser realizada, bem como sobre os seus benefícios, riscos e alternativas, permitindo assim que o doente pudesse decidir livremente sobre a sua saúde. Destaco uma situação que ocorreu na prática clínica III, na SIV Lisboa, em que me deparei com uma vítima, com dispneia intensa e que recusava administração de O₂ e da medicação, após a explicação, dos procedimentos e cuidados que lhe iria prestar, e quais os seus benefícios, acabou por consentir a prestação dos cuidados indicados, tendo sido transportada por nós para o serviço de urgência.

Durante a minha prática clínica, deparei-me várias vezes com situações de administração de hemoderivados, que foram recusados pelos utentes, designadamente as Testemunhas de Jeová que são conhecidas pela recusa de administração de sangue e seus componentes. As Testemunhas de Jeová acreditam que a Bíblia proíbe o consumo de sangue em qualquer forma, inclusive por meio de transfusões sanguíneas. Para eles, o sangue é sagrado e representa a vida dada por Deus. Eles acreditam que aceitar uma transfusão de sangue equivale a desobedecer a Deus e violar as suas leis.

Embora a recusa de transfusões de sangue por parte das Testemunhas de Jeová possa gerar desafios éticos complexos, é importante respeitar a liberdade religiosa e os direitos individuais de cada pessoa. Para atender às necessidades das Testemunhas de Jeová sem violar as suas crenças, foram desenvolvidos técnicas e procedimentos médicos usando

substitutos de sangue, terapias que aumentam a produção de glóbulos vermelhos, técnicas cirúrgicas minimamente invasivas e estratégias de preservação do próprio sangue do paciente.

Assim sendo quando me deparei com essas situações tentei informar sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, respeitando a liberdade religiosa e direitos do utente.

Em emergências, como é o caso do extra-hospitalar, o contexto e o estado crítico do doente podem impedir que o consentimento informado seja obtido. Nestes casos, o enfermeiro deve seguir o princípio da beneficência, que visa o bem-estar do doente, e atuar com a máxima diligência e prudência. É importante salientar que este princípio não deve ser utilizado para desconsiderar a autonomia do doente, mas sim como forma de preservar a sua integridade física e mental. Esta abordagem é considerada essencial para garantir o bem-estar e a segurança dos pacientes em emergências médicas. A prioridade é salvar vidas e, nesses casos, o consentimento presumido atua como um meio de agir rapidamente para evitar danos ou perdas irreparáveis à saúde da pessoa. Recordo por exemplo um acidente de viação onde a vítima se encontrava inconsciente após o acidente, e onde os profissionais de saúde precisaram agir rapidamente para estabilizar a condição da vítima, efetuando procedimentos de reanimação cardiopulmonar (RCP), mesmo sem o consentimento explícito da pessoa ferida, uma vez que ela não estava em condições de fornecer consentimento.

É importante ressaltar que, mesmo em situações de consentimento presumido, os profissionais de saúde devem tomar todas as precauções necessárias e considerar os melhores interesses do paciente. Essas decisões devem ser fundamentadas em princípios éticos e legais, sempre buscando a melhor solução para a saúde e o bem-estar do indivíduo.

Tenho de referir que ao longo da minha prática clínica, assim como no meu percurso profissional no serviço de urgência, deparei-me com vários pacientes com alteração do estado de consciência e instabilidade hemodinâmica, onde prevaleceu o princípio da beneficência. É frequente que nessas ocorrências emergentes o estado do doente se agrave, podendo, em breves segundos, provocar danos irreversíveis para a pessoa em causa.

A privacidade do doente é um direito fundamental que deve ser respeitado em todas as circunstâncias, incluindo em situações de urgência. Segundo a Lei da Bases da saúde (2019), o doente tem direito “à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade” (pág.56).

Quando se trata de cuidados de saúde, a privacidade pode ser comprometida devido à necessidade de exposição do corpo e da divulgação de informações pessoais e médicas. É

de destacar que durante a minha prática, sempre tentei que o direito à privacidade fosse cumprido, em situações na sala de emergência, expus os doentes o tempo apenas indicado para a avaliação dos mesmos, mantendo a porta sempre fechada. Aquando da necessidade de algum procedimento de maior exposição na sala aberta, sala sem isolamento dos doentes, recorri a biombos para execução desse mesmo procedimento.

Em relação às informações pessoais e clínicas, fiz passagens de turno em local próprio para isso, apenas para profissionais de saúde. Tentei durante a transmissão da informação ao familiar, fazê-la em local mais isolado, calmo e livre de ruídos. Na transmissão das más notícias tentei dar essa informação no gabinete do chefe do serviço sempre que disponível.

No extra-hospitalar, fiz passagem de informação do paciente apenas ao enfermeiro triador, em local próprio e isolado de outros doentes ou familiares, tendo em conta o direito à privacidade e confidencialidade.

No serviço de medicina intensiva os doentes estão separados por unidades, podendo ainda recorrer à utilização de biombos para manter maior privacidade, principalmente aquando das visitas de familiares. No que se refere à prática clínica na SIV Lisboa, tive em atenção a privacidade da vítima, evitando expor a mesma na rua, avaliações e exposições mais prolongadas eram efetuadas dentro da ambulância com as portas fechadas.

Em contexto extra-hospitalar as situações de conflitos ético-legais também são frequentes, tendo os profissionais que tomar decisões num curto espaço de tempo, e com um elevado número de incertezas, dada a escassa informação a que têm acesso e os ambientes de risco com que se deparam.

A PCR é uma dessas situações, é habitualmente inesperada, e as manobras de reanimação são iniciadas o mais rapidamente possível, pois os profissionais não têm acesso à informação clínica, detalhada e precisa do doente. A decisão de iniciar, continuar ou suspender manobras são tomadas pela equipa médica no local e a Decisão de Não Reanimar (DNR) é clínica e eticamente aceitável à luz do princípio da não maleficência, quando a relação risco/benefício é desequilibrada e excessivamente penosa para o doente.

Durante a minha da prática clínica tanto na emergência extra-hospitalar, como enfermeira no SU, deparei-me com várias situações de PCR em que a decisão de continuar ou suspender as manobras de reanimação era decidida após o médico responsável consultar a opinião de todos os elementos da equipa de socorro e após recolha de dados e historial medico, junto aos familiares/pessoa significativa.

Segundo o INEM (2019), “qualquer abordagem completa do tema “Reanimação” envolve aspetos técnicos, éticos morais e jurídicos. Há várias considerações necessárias, para assegurar que a decisão de iniciar ou não iniciar a reanimação é apropriada e que os doentes são tratados com dignidade. Esta decisão é complexa e pode ser influenciada por fatores individuais, culturais internacionais ou locais, legais, tradicionais, religiosos, sociais e económicos. Por vezes podem ser tomadas com tempo, mas frequentemente, decisões difíceis, têm de ser tomadas em poucos segundos ou minutos, no momento da emergência, especialmente fora do hospital, baseadas em informação limitada.

A Ética médica assenta no pressuposto do valor fundamental da vida humana. O princípio ancestral da beneficência e da não maleficência, obriga-nos a precavermo-nos contra a obstinação terapêutica, não mobilizando meios tecnologicamente avançados quando é previsível, sob o ponto de vista científico, que não se vão obter os benefícios esperados” (pág. 230).

Assim sendo a Paragem cardio respiratória é um tema delicado e complexo em qualquer contexto, mas na emergência extra-hospitalar esta problemática pode tornar-se ainda mais desafiadora. Quando se trata de emergências, os profissionais de saúde muitas vezes têm de tomar decisões difíceis e rápidas que podem afetar diretamente a vida dos pacientes. No entanto, mesmo nestes momentos críticos, é importante que se mantenha o respeito pela dignidade da pessoa humana.

A morte na emergência extra-hospitalar é complexa e requer uma abordagem humanizada e respeitosa. Reconhecer a dignidade da pessoa humana implica o respeito pelos seus direitos, incluindo o direito a uma morte digna e a uma abordagem humanizada aos cuidados de saúde em todas as fases do processo.

2.2.2. Domínio da Melhoria da Qualidade

Fruto da complexidade dos cuidados de saúde, do aumento da esperança média de vida e do aumento da expectativa dos cidadãos, os sistemas de saúde a nível mundial têm vindo a deparar-se com uma crescente necessidade de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade (Ribeiro, 2017, p.90).

Portugal não é exceção a esta realidade. Com o avanço da medicina e o aumento da longevidade da população, as exigências e desafios para o setor de saúde têm-se tornado cada vez mais complexos.

Neste contexto, é imperativo que os sistemas de saúde em Portugal se adaptem e sejam capazes de responder adequadamente às necessidades dos cidadãos. É essencial garantir cuidados de saúde seguros, que protejam os pacientes de danos desnecessários e que

promovam a recuperação eficaz. Além disso, a qualidade dos serviços prestados deve ser uma prioridade, assegurando que os utentes recebem atenção adequada e profissional.

Em Portugal, o desenvolvimento de estratégias e políticas de qualidade na saúde tem sido impulsionado por diversos organismos, como a Direção-Geral da Saúde (DGS) e Ordem dos Enfermeiros. Essas entidades têm trabalhado em conjunto para estabelecer padrões e diretrizes que visam garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem em todo o país.

Segundo a DGS,

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

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros desempenha um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade e ética na prática da enfermagem. Através do Código Deontológico dos Enfermeiros e de outros documentos orientadores, a Ordem estabelece princípios e diretrizes que os enfermeiros devem seguir para garantir uma prática profissional de qualidade.

Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária. Assim, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas. É este o contexto no qual o Conselho de enfermagem da OE enquadra os esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001, p.5).

A formação dos enfermeiros também desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade dos cuidados. As instituições de ensino em enfermagem em Portugal têm o objetivo de preparar os futuros profissionais com competências técnicas, científicas, éticas e relacionais necessárias para uma prática de enfermagem de qualidade. Além disso, a formação contínua é incentivada e disponibilizada para garantir a atualização dos conhecimentos e habilidades dos enfermeiros ao longo da carreira.

A implementação de boas práticas baseadas em evidências é outro elemento importante na busca pela qualidade dos cuidados de enfermagem. A utilização de diretrizes clínicas, protocolos e evidências científicas atualizadas permitem uma prática de enfermagem fundamentada em conhecimento sólido, contribuindo para melhores resultados em saúde e para a segurança dos utentes. Segundo a OE (2012), “o enfermeiro demonstra um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de

intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada” (p.11).

A investigação científica na área da enfermagem também contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados. Estudos e pesquisas desenvolvidos por enfermeiros têm o potencial de identificar práticas inovadoras, soluções para desafios específicos e evidências que fundamentam as intervenções de enfermagem.

Desta forma, a busca pela qualidade dos cuidados de enfermagem é um processo contínuo que exige o envolvimento ativo dos profissionais e a utilização de evidências científicas para melhorar as práticas.

Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica (2017), “Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem na área da pessoa em Situação Crítica são reconhecidos como elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica” (p.11). Foi neste pressuposto que baseei a minha prática clínica como futura Enfermeira Especialista em Médico cirúrgica.

A UCI onde realizei a minha prática clínica, possui certificação de qualidade de Nível Bom, concedida pela DGS, através do Modelo de Certificação Internacional da Agência de Qualidade da Saúde da Andaluzia (ACSA). Esse modelo, focado na certificação da prestação de cuidados, permite avaliar como os cuidados de saúde fornecidos atendem aos padrões definidos, promovendo a melhoria contínua da qualidade. Esse modelo foi adotado pelo SNS, conforme estabelecido pela DGS em 2014.

O processo de acreditação não é estanque, e é essencial que se consciencialize os profissionais que diariamente o contributo de cada um é imprescindível para que se atinja a qualidade dos cuidados.

Durante as práticas clínicas procurei informar-me sobre quais os projetos de melhoria contínua da qualidade instituídos em cada serviço, contribui para a melhoria dessa qualidade tentando identificar áreas de melhoria, como a necessidade de formação acerca de medidas de controlo da infeção; prevenção de quedas e úlceras por pressão, o protocolo de higiene oral com clorhexidina, atualização e aplicação dos protocolos de cada serviço com base na evidência científica atual.

A importância dos protocolos na área da saúde é amplamente reconhecida, uma vez que eles desempenham um papel fundamental na garantia de cuidados uniformizados e de qualidade para os pacientes. Em todos os serviços pelos quais passei, pude constatar a existência de protocolos revistos e atualizados, elaborados com base na mais recente evidência científica disponível.

Esses protocolos são disponibilizados nos manuais específicos de cada serviço, permitindo que os profissionais tenham acesso a diretrizes claras e fundamentadas para a tomada de decisão. Essa orientação padronizada contribui para a redução da probabilidade de erros, uma vez que os profissionais são guiados por diretrizes estabelecidas e testadas.

Além disso, a existência desses protocolos traz maior segurança para os pacientes. Através da aplicação de protocolos bem definidos, é possível agir prontamente em situações críticas, como em atendimentos extra-hospitalares *life-saving*. Nessas circunstâncias, a ação é protocolada, o que significa que os profissionais estão preparados para intervir de maneira rápida e eficiente, seguindo diretrizes previamente estabelecidas.

Entre os vários protocolos essenciais nesta prática, é importante destacar alguns exemplos: como o protocolo de abordagem à vítima, o protocolo da via verde coronária, protocolo da via verde do AVC, o protocolo de dispneia, o protocolo de hipoglicemia, o protocolo de PCR e o protocolo de dor torácica, entre outros. Esses protocolos específicos permitem que os profissionais ajam de maneira adequada em diferentes situações clínicas, seguindo diretrizes bem estabelecidas e com base em evidências científicas.

Durante o ensino clínico na UCI, tive acesso a diversos protocolos específicos disponibilizados em cada área de trabalho, aplicando-os conforme necessário, sendo eles vários como: Protocolo da via verde do AVC , via verde Coronária, via verde do trauma , protocolo da administração e vigilância dos resultados esperados e identificação precoce de possíveis complicações de noradrenalina e potássio sérico, cardioversão elétrica, administração de insulina, administração de Oxigenoterapia, inserção de cateter arterial, inserção de cateter venoso central (CVC); monitorização da pressão arterial invasiva (PAI); entubação endotraqueal (EOT); gestão controlada da hipotermia e administração de hemoderivados.

Na minha prática clínica no INEM, prestei cuidados de enfermagem, baseado nos diferentes protocolos existentes, tais como: dor torácica, abordagem á vítima, dispneia, alergia, doente vítima de trauma, doente vítima de paragem cardio respiratória, entre outros.

A qualidade e a segurança em saúde estão interligadas e são essenciais para garantir cuidados eficazes e sem danos aos pacientes. Por exemplo, quando um hospital implementa protocolos rigorosos de higiene e controle de infeções, está a promover a segurança dos pacientes, reduzindo o risco de infeções hospitalares e melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Assim sendo o Despacho n.º 9390/2021, que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), refere que

a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde. (p. 96).

A segurança do paciente, está relacionada com a prevenção de eventos adversos e a minimização de riscos durante a assistência à saúde. Envolve a implementação de medidas para reduzir erros médicos, infeções hospitalares, quedas, administração inadequada de medicamentos e outras situações que possam comprometer a segurança do paciente. A segurança engloba a adoção de protocolos, a padronização de práticas, a vigilância epidemiológica, a cultura de segurança e a capacitação dos profissionais.

Ao longo das minhas práticas clínicas e vida profissional no serviço de urgência, foquei a minha prestação na minimização de riscos e adotei medidas para garantir um ambiente seguro na prestação de cuidados. Isso incluiu prevenção de erros na administração de terapêutica, para isso adotei medidas para reduzir o risco da ocorrência deste tipo de erro. Certifiquei-me que nos contextos da prática, administrava o medicamento correto à pessoa correta (através da confirmação da prescrição e da identificação do utente), que a administração decorria à hora certa e pela via certa, com uma duração de administração correta e com um prazo de validade válido, sempre com a implementação de medidas para o controlo de infeção. Após a administração, procedia à avaliação e registava todo o procedimento.

A identificação inequívoca dos pacientes é necessária para evitar erros e garantir que cada intervenção seja direcionada ao paciente correto. Isso é especialmente importante num cenário em que vários pacientes são atendidos simultaneamente (como num serviço de urgência), em diferentes unidades de saúde ou mesmo durante transferências entre diferentes serviços, ou quando doentes se encontram com alteração do estado de consciência/sedados. A identificação precisa dos pacientes é uma salvaguarda para evitar confusões e garantir que cada paciente recebe os cuidados apropriados de acordo com sua condição de saúde.

Tendo em conta os pontos anteriores, durante a minha prática clínica nos diferentes campos de estágio e principalmente como enfermeira a desempenhar funções no SU, tive em atenção a correta identificação dos pacientes, colocando pulseira de identificação logo após triar o doente, confirmando sempre o nome e número de processo na pulseira de identificação sempre que lhe prestava qualquer cuidado.

Os serviços por onde passei eram detentores de um sistema que permitia a formulação por escrito de possíveis incidentes referentes a atos clínicos/não-clínicos.

Através deste registo é possível realizar uma análise e reflexão acerca das causas, avaliar as consequências e desta forma melhorar a qualidade dos cuidados, sem atribuição de culpa, tendo por base o PNSD 2021-2026. É ainda importante referir que no Sistema Nacional de Saúde (SNS), foram implementadas melhorias na segurança do paciente, abordando áreas como cultura de segurança, identificação inequívoca de pacientes, cirurgia segura, prevenção de úlceras por pressão, segurança da medicação, prevenção de quedas e infeções associadas aos cuidados de saúde. Além disso, foi criado o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA) pela DGS, que se junta aos sistemas de Farmacovigilância e Hemovigilância existentes.

Assim, continuando no âmbito da segurança dos pacientes, a prevenção de quedas desempenha um papel fundamental. A Escala de Morse é uma ferramenta de avaliação que considera fatores de risco específicos para quedas, como a história prévia de quedas, o uso de dispositivos auxiliares para locomoção, a presença de diagnósticos médicos e a utilização de medicamentos que podem afetar o equilíbrio. Ao aplicar essa escala, é possível identificar os pacientes com maior probabilidade de sofrer uma queda e, assim, implementar medidas preventivas direcionadas às suas necessidades individuais.

As medidas de prevenção de quedas podem variar de acordo com o risco identificado. Entre as estratégias comuns, está a instalação de grades laterais nas camas, o uso de dispositivos de alerta (como campainhas ou pulseiras de queda), a sinalização adequada dos espaços, a organização dos materiais e equipamentos de forma segura e a implementação de programas de educação e conscientização para pacientes, familiares e profissionais de saúde. Tanto na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) como no serviço de urgências (SU) naqueles doentes que permanecem no serviço mais de 24h na sala de observações, pode implementar a Escala de Morse para avaliar o risco de queda.

Ainda na manutenção da segurança dos pacientes o Plano Nacional da Segurança do Doente (PNSD), destaca a importância da prevenção das úlceras por pressão. As úlceras por pressão, são lesões cutâneas que ocorrem devido à pressão prolongada em áreas do corpo, principalmente em pessoas que têm mobilidade reduzida ou estão acamadas ou “portadores de dispositivos médicos que aumentam o risco de ocorrência de úlcera por pressão, tais como: cateter vesical e sonda nasogástrica , doentes sob Ventilação Não Invasiva (VNI), em que a pressão exercida pela máscara pode causar lesões nos seus bordos, sendo por isso necessário o seu alívio e hidratação com óleo de amêndoas doces; também doentes sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), onde importa fixar corretamente o tubo orotraqueal através de um fio de nastro; fio esse que necessita de controlo na pressão

exercida, uma vez que poderá causar lesões labiais e auriculares. É também importante o alívio e hidratação destas zonas” (Vidal, 2019, referido por Vale 2022). Essas lesões são um sério problema de saúde, pois podem ser difíceis de tratar e têm um impacto significativo na vida dos pacientes.

Quero salientar que tanto na minha prática clínica na UCI, tanto como enfermeira no SU, apliquei a escala de Braden, escala esta que avalia o risco de úlcera por pressão, prevenindo e evitando assim as mesmas.

É de referir que o hospital tem um sistema de registos informático dos doentes, no qual estão inseridas tanto a escala de Braden como a Escala de Morse.

Em modo de conclusão, acho que desempenhei um papel ativo na gestão de projetos institucionais relacionados com a qualidade dos cuidados. O meu objetivo foi garantir a melhoria contínua desses cuidados, colocando o paciente e sua família no centro do processo. Para alcançar esse objetivo, dediquei-me à prevenção de incidentes, adotando medidas de gestão do ambiente envolvente.

No que diz respeito à prevenção de incidentes, adotei uma abordagem proativa, identificando potenciais riscos no ambiente envolvente e implementando medidas preventivas adequadas. Isso incluiu a organização do espaço físico, a manutenção de equipamentos em bom estado de funcionamento e a adoção de protocolos de segurança. Ao gerir o ambiente de forma segura, contribuí para minimizar ocorrências indesejáveis e proporcionar um ambiente propício à recuperação do paciente.

Em suma, a minha atuação profissional como futura enfermeira especialista em medicina cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, abrangeu a colaboração na gestão de projetos institucionais para a melhoria da qualidade dos cuidados, a centralização nos pacientes e suas famílias, como por exemplo na colaboração de revisão de um protocolo de atuação do INEM (Gestão da Taquiarritmia com recurso a adenosina).

2.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do seu exercício profissional, sendo necessário possuir aptidão na gestão de cuidados.

Segundo o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista deve: “Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p.4748).

A maximização da qualidade dos cuidados é um objetivo primordial na prática do Enfermeiro Especialista. Na minha perspetiva isso implica que o foco principal do trabalho do enfermeiro seja garantir que os cuidados prestados aos pacientes sejam eficazes. A busca pela excelência na qualidade dos cuidados reflete o compromisso do Enfermeiro Especialista com a segurança e o bem-estar dos pacientes, bem como com a promoção de melhores resultados de saúde.

Para isso é importante que o enfermeiro especialista procure oportunidades de educação continuada e formação na sua área de especialização, como por exemplo cursos, workshops, conferências; que se mantenha atualizado com as últimas evidências científicas, diretrizes clínicas e melhores práticas na sua área de especialização. Isso pode envolver a leitura de artigos de revistas especializadas, acesso a bancos de dados de pesquisa. O especialista deve trabalhar em equipe e colaborar com outros profissionais de saúde para garantir uma abordagem geral no cuidado ao paciente e estar aberto ao feedback dos pacientes, familiares e colegas de equipe.

A gestão eficiente dos recursos, sejam eles materiais, humanos e financeiros é outra responsabilidade do Enfermeiro Especialista. Ele deve ser capaz de identificar as necessidades e prioridades, estabelecer planos de ação, acompanhar o uso dos recursos e promover a sua utilização racional. A gestão eficiente contribui para a sustentabilidade dos cuidados de saúde, garantindo a melhor utilização dos recursos disponíveis.

A articulação com os restantes elementos da equipa é crucial para o sucesso do Enfermeiro Especialista. Ele deve ser capaz de comunicar eficazmente, partilhar informações relevantes, ouvir e respeitar as opiniões e contribuições de todos os membros da equipa. A colaboração e o trabalho em equipa são fundamentais para alcançar os melhores resultados e garantir uma abordagem holística e integrada no cuidado ao paciente.

Em resumo, o Enfermeiro Especialista deve possuir aptidão na gestão de cuidados, utilizando a liderança e a gestão eficientes dos recursos como ferramentas para maximizar a qualidade dos cuidados. A sua atuação requer uma visão abrangente e estratégica, que promova a excelência na prática profissional e a valorização do papel da enfermagem no sistema de saúde.

É frequentemente observado que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel crucial na gestão dos cuidados e do serviço, especialmente quando o enfermeiro gestor está ausente ou impedido de exercer as suas funções. Nesses momentos, o Enfermeiro Especialista assume a responsabilidade de acordo com as orientações estabelecidas pelo enfermeiro gestor.

Essa responsabilidade implica supervisionar e coordenar a prestação de cuidados, garantindo a sua qualidade e segurança. O Enfermeiro Especialista atua como um líder de equipa, assegurando que todos os membros estão devidamente orientados, motivados e em conformidade com os protocolos e diretrizes estabelecidos.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019, onde são estabelecidas as dotações seguras dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência: recomenda-se que 50% dos enfermeiros da equipa de enfermagem sejam EEEMC na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas. Para a triagem de prioridades nas urgências de adultos, é preferencial que o posto seja assegurado por um enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Além disso, o regulamento prevê que os enfermeiros responsáveis pela sala de emergência e coordenadores funcionais de turno sejam preferencialmente EEEMC, conforme estabelecido no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.

Apesar das recomendações, as equipas de enfermagem do SU onde exerço funções apresentam apenas 4 EEEMC por equipe, geralmente alocados à sala de Observação (SO) e sala de emergência, raramente são designados para o posto de triagem de prioridades.

Além disso, nem sempre o chefe de equipe é EEEMC. Das cinco equipas, apenas uma tem como chefe de equipa um EEEMC.

Assim sendo tendo em conta esta competência, nos meus 18 anos de experiência como enfermeira no serviço de urgência, sempre mantive o cuidado de reabastecer os materiais e medicamentos após o uso na sala de emergência, garantindo assim a sua prontidão operacional. Da mesma forma, ao ser designada para outras áreas como a sala de cuidados especiais, recuperação ou pequena cirurgia, realizei um *checklist* da medicação e funcionamento dos equipamentos no início de cada turno, reposicionando-os conforme necessário.

Iniciei os turnos com uma observação minuciosa de cada paciente atribuído, organizando o meu plano de cuidados de forma a priorizar os casos mais críticos e estabelecendo a sequência adequada de intervenções. Ao longo dos turnos, reavaliei continuamente o plano de cuidados estabelecido, adaptando-o de acordo com a avaliação das necessidades emergentes.

Garanti a disponibilidade dos recursos materiais e humanos necessários para a prestação dos cuidados, supervisionando a intervenção dos assistentes operacionais. Dessa forma, assegurei que a intervenção adequada fosse proporcionada a cada paciente.

Em suma, nos meus turnos, dediquei-me a uma observação atenta dos pacientes, priorizando as intervenções de acordo com a sua gravidade. Geri os cuidados planeados, adaptando-os às necessidades emergentes e garantindo os recursos adequados. Colaborei com a equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde, assegurando uma comunicação efetiva e contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade e segurança.

Na UCI pude verificar que os doentes são distribuídos de acordo com o método de enfermeiro responsável. Este método é caracterizado pela atribuição de responsabilidade a um elemento da equipa de enfermagem desde a sua admissão no serviço até ao momento de alta. Para isso, planeia e implementa cuidados de enfermagem com base no plano de cuidados e garante que na sua ausência os enfermeiros associados dão continuidade ao mesmo, podendo a qualquer momento qualquer um deles alterar o plano de cuidados caso o estado de saúde do doente assim o exija.

O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica é a pessoa responsável pelo doente crítico visto ser aquele que possui o conhecimento mais aprofundado sobre a pessoa em situação crítica (PSC), tornando-se assim o profissional mais habilitado para desenvolver um plano de cuidados personalizado. Por norma, sempre que possível, os pacientes em estado mais crítico são atribuídos aos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC). Isso significa que cada enfermeiro cuida de um paciente quando classificado como nível III ou IV pela TISS-28, indicando instabilidade hemodinâmica com necessidade contínua de cuidados, vigilância e monitorização. No caso de classificação como nível I ou II, que sugere estabilidade hemodinâmica com necessidade de vigilância e monitorização contínua, cada enfermeiro pode cuidar de até dois pacientes, cabendo ao enfermeiro chefe de equipe (maior parte das vezes EEEMC) essa distribuição. Segundo Matos (2019),

O TISS tem-se destacado como um sistema que classifica a gravidade do cliente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem utilizados. É baseado na premissa de que, independentemente do diagnóstico, quanto mais procedimentos o cliente recebe, maior a gravidade da doença e, conseqüentemente, maior tempo despendido pela enfermagem para tal atendimento (p.52).

Na minha prática clínica na equipa de enfermagem da UCI, observei que as medidas para garantir dotações seguras de cuidados de enfermagem são cumpridas, no que se refere aos EEEMC. De acordo com as recomendações da OE, estabelecidas no Regulamento n.º 743/2019, é recomendado que 50% da equipa sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, disponíveis 24

horas por dia. Notei que, em geral, o chefe de equipa durante o turno era um EEEMC e, num dia típico, dos 7 enfermeiros escalados, 4 eram EEEMC.

No que diz respeito à gravidade do estado do paciente, observei que os enfermeiros geralmente eram designados para cuidar de um paciente classificado como nível I ou II pela TISS-28, indicando estabilidade hemodinâmica e necessidade de vigilância contínua, e um paciente classificado como nível III ou IV, sugerindo instabilidade hemodinâmica com necessidade contínua de cuidados e monitorização o que não vai de encontro ao preconizado pela TISS-28.

Cabe também ao responsável de equipa realizar várias tarefas, incluindo o preenchimento dos registos de controle de estupefacientes (contagem e confirmação no documento em papel), testar o desfibrilador portátil, verificar a funcionalidade de todo o material no carro de emergência da UCIP, assegurar a temperatura adequada do frigorífico onde a medicação é armazenada, entre outras responsabilidades.

No estágio na área da Emergência Extra-hospitalar, verifiquei que não há um conjunto fixo de regras ou métodos de trabalho definidos, nem atribuição de pacientes, pois os enfermeiros são designados para uma ambulância e respondem a qualquer situação de emergência. Se houver apenas uma vítima, o enfermeiro assume a responsabilidade por essa vítima. Em casos de múltiplas vítimas, é realizada uma triagem extra-hospitalar e o enfermeiro é designado com base nas necessidades e no estado de saúde das mesmas, adaptando os recursos disponíveis a cada situação.

É ainda da responsabilidade do enfermeiro especialista o transporte da vítima para uma unidade de saúde de referência, tendo o cuidado pela estabilização e segurança da mesma durante o transporte. Esta estabilidade, pode envolver a administração de medicamentos, a monitorização dos sinais vitais e a realização de intervenções necessárias para garantir que a condição da vítima permaneça estável durante todo o trajeto. Além disso, o enfermeiro especialista deve estar preparado para lidar com quaisquer complicações que possam surgir durante o transporte, como uma deterioração súbita da condição da vítima. Várias foram as situações que experienciei em que pude priorizar os cuidados no contexto de situações emergentes em que houve uma deterioração da vítima. Por exemplo um doente em edema agudo do pulmão que se agravou durante o transporte para a unidade de saúde em que tive que intervir colocando um VNI durante o mesmo, de modo a estabilizar o doente, seguindo o protocolo da vítima com edema agudo do pulmão do INEM.

É da responsabilidade do enfermeiro de serviço a operacionalidade de todo o equipamento e materiais que compõem a viatura de emergência sempre que iniciava o turno.

Pude constatar que a equipa da SIV é composta por um enfermeiro e um técnico de emergência, e que era composta por um grande numero de enfermeiros especialistas em medico cirúrgica, indo de encontro com a OE (2007) que reforça que “só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro extra-hospitalar.” (p.1) Concluo assim que a integração dos enfermeiros na assistência extra-hospitalar, pelos seus conhecimentos e competências no cuidar da pessoa na sua globalidade, apresenta-se como uma mais-valia que em muito tem contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população em situações de emergências.

2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A aprendizagem profissional é essencial no desenvolvimento do Enfermeiro Especialista. Não se trata apenas de adquirir conhecimentos teóricos, mas sim de um processo contínuo de autodescoberta e aperfeiçoamento. É através desse processo que o enfermeiro expande o seu autoconhecimento e desenvolve habilidades de assertividade.

Ao investir na sua aprendizagem profissional, o enfermeiro especialista busca basear a sua prática clínica especializada em padrões de conhecimento válidos e sólidos. Isso implica estar atualizado sobre as evidências científicas mais recentes, compreender as melhores práticas e aplicar o conhecimento de forma adequada e eficiente no cuidado ao paciente.

O autoconhecimento é fundamental nesse processo, pois permite ao enfermeiro especialista reconhecer as suas competências e limitações, identificar áreas de melhoria e buscar oportunidades de crescimento. Através do autoconhecimento, o enfermeiro pode desenvolver a capacidade de tomar decisões seguras e agir de forma confiante, baseado no conhecimento adquirido e nas melhores práticas. Nesse sentido, a aprendizagem profissional vai além da simples aquisição de conhecimentos teóricos. É um processo dinâmico que envolve a aplicação prática do conhecimento, a reflexão sobre as experiências vivenciadas e a busca constante pela excelência na prática clínica. Através desse processo, o enfermeiro especialista fortalece a sua base de conhecimentos e torna-se um profissional mais competente e confiante.

Dessa forma, o desenvolvimento desta competência é resultado do meu compromisso pessoal em aprimorar-me e crescer como profissional. A minha trajetória de

formação tem sido fundamental para lidar com os desafios e satisfazer as exigências do meu papel como enfermeira.

Ao longo do meu percurso formativo como enfermeira, reconheci a importância dessas competências e investi constantemente no meu desenvolvimento profissional. Busquei aprimorar o meu autoconhecimento, entendendo as minhas próprias limitações e potenciais, e desenvolvi habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal, essenciais para uma prática efetiva e centrada no paciente.

Além disso, baseei-me nas evidências científicas atualizadas, mantendo-me atualizada à luz das melhores práticas e novas descobertas na área da enfermagem. A busca por informações confiáveis e a participação em programas de educação continuada foram estratégias-chave para o desenvolvimento dessas competências.

Compreendi que a aprendizagem profissional é um processo contínuo e dinâmico, e que estar aberta a novos conhecimentos e experiências é fundamental para o meu crescimento como enfermeira. Através do desenvolvimento das competências do domínio das aprendizagens profissionais, estou melhor preparada para enfrentar os desafios da prática clínica e proporcionar cuidados de qualidade aos meus pacientes.

Resumidamente, o desenvolvimento da competência em aprendizagem profissional é construído ao longo da minha carreira como enfermeira há 20 anos através do autoconhecimento, crescimento pessoal e busca incessante de conhecimento. A minha formação académica e experiência prática têm sido fundamentais para me tornar uma Enfermeira competente, capaz de proporcionar cuidados excelentes e desempenhar funções de gestão e liderança no contexto da saúde, por isto reconheci a minha necessidade em ingressar no Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, pessoa em situação crítica.

Ao direcionar o meu percurso formativo para a vertente do doente crítico, busquei aprimorar as minhas habilidades e conhecimentos específicos nessa área. Reconhecendo a complexidade e a delicadeza dos doentes em situação crítica, assim baseando a minha prática clínica em evidências científicas sólidas. Investir nesta área específica foi uma decisão fundamentada na busca constante pela excelência profissional e na busca por fornecer o melhor cuidado possível aos pacientes em estado crítico.

Tendo em consideração a importância da formação contínua e da atualização dos conhecimentos, decidi realizar uma pós-graduação em emergência e cuidados intensivos. Durante esta formação, frequentei cursos como: Suporte Avançado de Vida (SAV), Curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI), Suporte Básico de vida com Desfibrilador automático Externo (SBV-DAE), *Pre-Hospital Trauma Life Support* (PHTLS) e Suporte

Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), os quais me proporcionaram o desenvolvimento de competências fundamentais para poder prestar cuidados especializados baseado em conhecimentos sólidos e atualizados.

No serviço de urgência onde exerço a minha profissão, tenho participado regularmente em ações formativas ministradas internamente, abordando uma diversidade de temas, tais como a colocação de dreno torácico, ventilação não invasiva (VNI), entre outros. Além disso, tenho marcado presença em reuniões, nas quais são apresentados os diferentes materiais e equipamentos adquiridos para o serviço, incluindo ventiladores, monitores, bombas infusoras, entre outros.

2.3. Competências Específicas no cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica nos diferentes contextos

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Para além das competências gerais exigidas a um Enfermeiro Especialista, existem competências específicas nesta área que são essenciais para proporcionar um cuidado de qualidade e eficácia.

O surgimento cada vez mais frequente de doenças súbitas e crônicas agravadas, assim como o aumento de acidentes, violência e situações de catástrofe, que resultam na deterioração progressiva e rápida das funções vitais das pessoas, gerando uma procura emergente por cuidados especializados e de qualidade, leva a que exista a necessidade de profissionais de saúde capacitados bem como serviços especializados para lidar com estas situações.

No âmbito da crescente procura por cuidados de saúde, torna-se cada vez mais essencial que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, possuam as competências e capacidades necessárias para lidar com pacientes nessas situações.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Nesta linha de pensamento, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional (Decreto-Lei n.161/96), o “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais

ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (p.7).

O Regulamento n.º 429/2018, refere que “os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (p.19362)

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na área da pessoa em Situação Crítica estão regulamentadas e publicadas pelo Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho a saber: “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza 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”(p.19359)

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica devem demonstrar compromisso em oferecer cuidados especializados de excelência, contribuindo para a melhoria dos resultados de saúde e para a satisfação dos pacientes e suas famílias. É por meio dessas competências e diretrizes que se estabelece uma base sólida para uma prática profissional de elevado padrão, que responde às necessidades emergentes desses pacientes em situação crítica.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC) é importante, desde o extra-hospitalar até a alta clínica. A sua principal responsabilidade é facilitar a transição entre saúde e doença, visando sempre a recuperação da PSC. Para cumprir essa função, o EEEMC busca fornecer cuidados de enfermagem de qualidade, com uma abordagem prática e holística, que requer o aperfeiçoamento contínuo das competências teóricas.

A prática do EEEMC abrange diversas áreas, desde a assistência direta à PSC, incluindo procedimentos médico-cirúrgicos, até à gestão do cuidado e à coordenação com outros profissionais de saúde. O EEEMC deve ser capaz de avaliar de forma abrangente o estado de saúde da PSC, identificar as suas necessidades específicas e implementar intervenções adequadas. Além disso, é essencial que o EEEMC esteja preparado para lidar com situações imprevistas e complexas, utilizando habilidades de raciocínio clínico e tomada de decisão baseada em evidências.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica tem de ser capaz de avaliar de forma rigorosa e sistemática o seu estado de saúde identificando e antecipando potenciais complicações. Tem de ter capacidade de tomar decisões rápidas e eficazes, baseadas em evidências científicas e na avaliação criteriosa da situação clínica da Pessoa em Situação Crítica. Isso inclui o estabelecimento de prioridades de cuidados, a implementação de intervenções adequadas e a monitorização contínua da resposta do paciente. Além disso, o Enfermeiro Especialista deve possuir um vasto conhecimento sobre os procedimentos e terapias específicas utilizadas no cuidado da PSC, como o domínio das técnicas de suporte avançado de vida, o manuseio adequado dos equipamentos e dispositivos médicos, e a capacidade de intervir em emergências de forma ágil e eficiente. A comunicação efetiva e empática é outra competência crucial para o Enfermeiro Especialista nesta área. A capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com a Pessoa em Situação Crítica e sua família, proporcionando um ambiente de confiança e segurança, é essencial para o bem-estar emocional e físico do paciente.

Em resumo, o EEEMC desempenha um papel central no cuidado à Pessoa em Situação Crítica, promovendo uma abordagem abrangente, especializada e centrada no paciente. O contínuo aperfeiçoamento dos conhecimentos teóricos, aliado à prática clínica atualizada, é essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados e a promoção da recuperação da PSC.

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

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica consistem em cuidados altamente especializados fornecidos de forma contínua à pessoa em risco imediato de vida, como também dar resposta às suas necessidades afetadas, com o objetivo de manter as funções vitais básicas, prevenir complicações e minimizar incapacidades, visando a sua recuperação completa.

Tendo em conta esta perspetiva, o desenvolvimento desta área de competência tornou-se essencial para enriquecer a minha prática clínica. Desde o extra-hospitalar, onde prestei os primeiros cuidados, estabilização e transporte do doente para a unidade de saúde, até ao SU, onde prestei cuidados específicos e diferenciados, e durante o internamento na UCI. Acredito que o aperfeiçoamento da minha prática clínica exigiu conhecimentos aprofundados e diferenciados, adquiridos ao longo do meu percurso académico no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com ênfase na pessoa em situação crítica,

especialmente no caso de doentes vítimas de paragem cardio-respiratória. Isso envolveu uma investigação extensa, formação contínua e a experiência profissional que continuo a adquirir.

Baseando-me nas competências do EEMC, passo a descrever as atividades, vivenciadas e saberes que desenvolvi e adquiri ao longo deste percurso e que acredito justificaram a aquisição das mesmas.

O Ensino clínico I, foi objeto de creditação pelo CTC da ESESJC, porquanto durante o período que desempenhei funções no Serviço de Urgência – Adultos prestei cuidados de Enfermagem ao utente e família, particularmente ao doente em situação urgente/emergente, sujeito a situações fisiopatológicas do foro cardiovascular, respiratório, renal, metabólico, neurológico e digestivo.

A elevada afluência de pacientes no SU e a imprevisibilidade das situações clínicas têm um impacto significativo na metodologia de trabalho. Neste ambiente, adotei uma abordagem na prestação oportuna de cuidados direcionados às reais necessidades dos pacientes, priorizando-os não pela ordem de chegada, mas sim com base na gravidade da situação clínica apresentada.

Essa abordagem visou garantir que os pacientes mais graves recebiam atendimento imediato, independentemente de terem chegado primeiro ou não. Compreende-se que em ambiente de urgência, é crucial agir rapidamente para estabilizar e tratar os casos mais críticos. Isso implica uma reorganização constante da equipa multidisciplinar e dos recursos disponíveis, de forma a responder adequadamente às necessidades prementes dos pacientes.

Essa priorização baseada na gravidade permitiu otimizar os recursos e garantir que cada paciente recebeu a atenção adequada no momento certo. Embora possa parecer injusto para aqueles que aguardam atendimento, é uma medida necessária para salvar vidas e minimizar danos em situações urgentes.

No serviço de urgência, essa priorização foi efetuada com recurso ao Sistema de Triagem de Manchester (STM) pois através dele pude identificar prontamente os focos de instabilidade de maneira objetiva e contínua. Segundo O grupo português de triagem (GPT) 2021, “O Protocolo de Triagem de Manchester foi implementado em novembro de 1994, em Manchester, com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico” (GPT, p.2). Em Portugal foi introduzida a 15 de outubro de 2000, baseada na versão inglesa de 1994.

STM é um método de triagem utilizado em serviços de saúde, que tem como objetivo classificar os pacientes com base na gravidade de sua condição clínica, permitindo

a rápida identificação e encaminhamento dos casos que necessitam de atendimento prioritário para as diversas áreas de atendimento.

A implementação do STM nos serviços de saúde possibilitou uma abordagem mais eficaz e organizada no atendimento aos pacientes. Através desse sistema, os profissionais de saúde são capazes de avaliar rapidamente a situação clínica de cada paciente, atribuindo-lhes uma cor que indica a prioridade de atendimento.

A integração das vias verdes na triagem permite uma resposta rápida aos casos de emergência, promovendo a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Ao classificar os pacientes pela gravidade, o sistema prioriza as situações mais urgentes, garantindo atendimento justo e eficiente. Em suma, o Sistema de Triagem de Manchester (STM) desempenha um papel fundamental ao identificar de forma objetiva e contínua os focos de instabilidade e ao direcionar o atendimento prioritário aos pacientes que mais necessitam.

Durante a minha prática profissional e ensino clínico, quando estive nas áreas de acolhimento e triagem, senti a necessidade de mobilizar um conjunto de conhecimentos e recorrer à minha experiência profissional a cuidar do doente crítico, a vivenciar processos complexos de doença e falência orgânica. Dessa forma, pude identificar focos potenciais de instabilidade que poderiam colocar em risco a vida do doente, aplicando o fluxograma de triagem apropriado e encaminhando-o para a respetiva área de cuidados de acordo com a prioridade atribuída. Ativei as vias verdes (AVC, Coronária, Trauma, Sepsis) de acordo com a situação dando o devido encaminhamento.

Nas situações que exigiram cuidados e intervenções imediatas, ativei a sala de emergência, mobilizando os enfermeiros destacados para esta área através do sinal sonoro.

É importante salientar que a equipe do SU trabalha para oferecer cuidados de qualidade a todos os pacientes. A imprevisibilidade das situações clínicas exige uma capacidade de adaptação rápida e eficiente, bem como a tomada de decisões ágeis e informadas com base nas necessidades clínicas emergentes.

Atendi e prestei cuidados ao utente e família, nas diferentes secções do Serviço de Urgência, nomeadamente: sala de Emergência, sala de tratamento, sala de recuperação, sala aberta, sala de pequena-cirurgia, sala de observação, sala de cuidados especiais, na nova ala cuidados especiais de urgência (CEU), pré triagem (adultos/pediatria), triagem(adultos/pediatria) e triagem avançada.

Prestei cuidados ao utente intoxicado, queimado e vítima de trauma. Realizei monitorização contínua (Invasiva e não-invasiva) ao doente crítico e executei suporte de

funções vitais, nomeadamente no âmbito da ressuscitação cardiovascular e cerebral, efetuando suporte básico e avançado de vida.

Apliquei saberes e desenvolvi aptidões na área da ventilação não invasiva, ventilação mecânica invasiva, suporte cardiovascular farmacológico e terapêutica transfusional. Acompanhei o utente e colaborei em diversas técnicas de diagnóstico e terapêutica.

Na sala de cuidados especiais, sala de emergência e durante os tratamentos de medicina hiperbárica (tratamentos de cerca de 2h, dentro da camara hiperbárica em que permanecia só com o doente), desenvolvi aptidões no que se refere à monitorização contínua do doente crítico, nomeadamente no que se refere à monitorização cardíaca, monitorização da tensão arterial com linha arterial, capnografia. Este tipo de monitorização aliado ao conhecimento permitiu identificar prontamente focos de instabilidade e agir em conformidade.

Aperfeiçoei saberes no que concerne à gestão e administração de terapêutica aplicando protocolos específicos, nomeadamente sedação, analgesia, medicação vasopressora, antibiótica, insulina, monitorização do potássio sérico e gestão de temperatura.

No serviço de urgência (na sala de emergência e cuidados especiais), colaborei igualmente nas diferentes técnicas de diagnóstico e terapêutica e articulei cuidados com outros membros da equipa multidisciplinar e com outros serviços. Preparei o doente e o material necessário para a execução de procedimentos invasivos e apoiei na realização dos mesmos. Expliquei os procedimentos aos utentes e solicitei a sua colaboração.

Segundo recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2023),

os doentes críticos são frequentemente transportados de salas de emergência para unidades de cuidados intensivos, imagiologia ou blocos operatórios e destes para salas de recobro ou para unidades de cuidados intensivos. Torna-se cada vez mais necessária a deslocação de doentes das unidades para outras áreas do hospital, onde as possibilidades de atuação em emergências são muitas vezes inadequadas. O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas (p.18).

Assim sendo é importante que se considerem medidas para minimizar os riscos, como treino adequado dos profissionais envolvidos no transporte, protocolos de segurança e equipamentos adequados para garantir a estabilidade dos pacientes durante o mesmo. O transporte de doentes críticos dentro do hospital é uma necessidade, mas deve ser realizado com extrema cautela e atenção para minimizar os riscos para a saúde dos pacientes. É importante antecipar possíveis complicações e tomar medidas adequadas para garantir a

segurança durante o processo de transporte. Durante as práticas clínicas realizei o transporte ou transferência do paciente crítico dentro do hospital, seguindo as normas e protocolos estabelecidos para o transporte.

Sendo o tema deste trabalho o cuidado especializado em enfermagem à pessoa vítima de PCR em contexto extra e intra-hospitalar é importante que demonstre o desenvolvimento de competências nesta área. Assisti a várias situações de PCR onde pude intervir, tanto na sala de emergência como em diferentes salas do serviço de urgência.

O doente vítima de PCR com ROSC tem de ser encarado como dos mais importantes alvos dos melhores e mais especializados cuidados, emergindo o Enfermeiro especialista como elemento fulcral no tratamento da PSC e como elemento capaz de administrar os melhores e mais completos cuidados especializados de enfermagem, assim como sendo uma pedra angular na equipa pluridisciplinar, pelo seu carácter intrínseco de cuidador mais próximo, mas também de ponto de ligação das várias especialidades que prestam cuidado neste âmbito (Sá, 2022).

A PCR é uma situação grave que coloca a vida em risco imediato, levando à interrupção súbita das funções cardíacas e pulmonares podendo resultar em danos cerebrais irreversíveis e, eventualmente, levar à morte, a menos que sejam tomadas as medidas necessárias para reverter a situação.

Segundo ERC (2021),

a incidência anual de *In-Hospital Cardiac Arrest* (IHCA) na Europa varia entre 1,5 e 2,8 por 1.000 internamentos hospitalares. Fatores associados à sobrevivência incluem o ritmo cardíaco inicial, o local da paragem cardíaca e o grau de monitorização no momento do colapso. As taxas de sobrevivência aos 30 dias ou alta hospitalar variam entre 15% e 34% (p.62).

O especialista desempenha um papel crucial, sendo o profissional responsável por iniciar os primeiros cuidados na reanimação cardiopulmonar. Essa intervenção inicial é fundamental para aumentar as chances de sobrevivência da vítima. É de extrema importância o conhecimento, treino e prontidão para enfrentar situações de PCR, onde uma atuação rápida e eficaz pode fazer a diferença entre a vida e a morte do paciente.

O especialista tem ainda o papel fundamental na organização e manutenção do material adequado no carro de emergência. Garantir que o carro de emergência esteja completo com os medicamentos e os equipamentos necessários é essencial para uma preparação eficiente e o uso correto durante situações de emergência. Além disso, é crucial que o especialista, esteja atualizado sobre as novas diretrizes da RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar). Neste contexto, fica evidente que buscar conhecimento baseado em

evidências e investir na educação permanente em saúde é de extrema importância. Essa busca contínua pela aprendizagem, e atualização pode fazer a diferença na prestação de assistência de qualidade e na redução do risco de óbito relacionado com a PCR.

Assim sendo ao longo da minha carreira profissional no SU, procurei manter-me informada sobre as diretrizes mais atualizadas da reanimação cardiopulmonar (RCP), mantive-me a par dos equipamentos e medicações utilizadas na RCP e sua respetiva manutenção e reposição sempre que necessário, tanto na sala de emergência como na sala de observação e sala de cuidados especiais.

Posso admitir que ao longo da minha prestação, adquiri e desenvolvi habilidades valiosas na prestação de cuidados de enfermagem a pacientes em situações emergentes. Antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, bem como as variações no estado de saúde dos mesmos, respondi de forma oportuna e apliquei técnicas de alta complexidade, sempre mantendo a humanização no cuidado, assegurando que os pacientes recebam a devida atenção diante da deterioração de sua condição clínica, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos.

Segundo Sá (2022), no que concerne à prática clínica na UCI,

é importante realçar que a intervenção especializada de enfermagem no período pós- paragem cardiorrespiratória é fundamental para influenciar de forma positiva o *outcome* da pessoa, pelo que é de extrema importância compreender a intervenção do enfermeiro especialista na prestação de cuidados de monitorização, vigilância e terapêutica avançados (pág. 7)

A mortalidade por paragem cardiorrespiratória súbita é um problema de saúde pública que afeta a população à escala global. Em Portugal, em 2020, de todas as situações de paragem cardiorrespiratória fora do hospital, apenas foram reanimadas com recuperação de sinais de circulação 616 pessoas, o que equivale a 3% do número total de casos. Destes, apenas 8% irão sobreviver e ter alta hospitalar (INEM, 2021).

Tendo havido uma grande priorização da atenção aos três primeiros elos da cadeia de sobrevivência, ou seja, o acesso precoce ao sistema de emergência médica, o suporte básico de vida precoce e a desfibrilhação precoce (Koster et al., 2010), torna-se premente direcionar a atenção e concentrar o foco do enfermeiro especialista na atuação no âmbito do quarto elo da cadeia de sobrevivência, ou seja, os cuidados pós-reanimação. A intervenção do especialista no período pós-PCR é fulcral para influenciar o melhor *outcome* da PSC, sendo que após a RSC, a maioria morre nas primeiras 24 horas (Stub et al., 2015).

De acordo com Deakin et al. (2010), apenas 25% das vítimas de PCR com RSC que deram entrada em UCI sobrevivem, pelo que se reveste de extrema importância entendermos

quais os cuidados pós-PCR que contribuem para a sobrevivência e melhoria do outcome da PSC e qual a influência do enfermeiro especialista na prestação destes cuidados.

O êxito dos cuidados após uma reanimação começa durante o próprio processo de reanimação cardiopulmonar. Portanto, é essencial que a ressuscitação cardiopulmonar seja realizada com alta qualidade e o mais rapidamente possível. Uma vez que o Suporte Avançado de Vida geralmente só é iniciado alguns minutos após uma paragem cardiorrespiratória, o Suporte Básico de Vida, que pode ser realizado por pessoas leigas, como transeuntes ou familiares, desempenha um papel crucial. Isso é fundamental para garantir uma adequada circulação sanguínea para o cérebro e outros órgãos e tecidos do paciente.

O retorno bem-sucedido da circulação espontânea (ROSC) é o primeiro passo para o objetivo de recuperação completa da paragem cardíaca. Dependendo da causa e a gravidade da síndrome de paragem pós-cardíaca, muitos pacientes exigirão apoio múltiplo de órgãos e o tratamento que recebem durante este período pós-reanimação influencia significativamente o resultado geral e particularmente a qualidade da recuperação neurológica. A fase de pós-reanimação começa no local onde a ROSC é alcançada, mas, uma vez estabilizado, o paciente é transferido para a área de cuidados mais adequado, por exemplo, urgência, laboratório de cateterismo cardíaco ou unidade de cuidados intensivos (UCI) para diagnóstico, monitorização e tratamento contínuos (ERC, 2015).

Os cuidados pós-ressuscitação irão, portanto, variar de acordo com a forma com que se apresenta o paciente e a fase em que ele se encontra, são complexos e combinam as competências de várias equipas, desde os cuidados extra-hospitalares, à unidade de cuidados intensivos. O tratamento da síndrome pós-paragem cardíaca comporta três objetivos principais: o tratamento da falência hemodinâmica, o tratamento da causa da paragem cardíaca e a proteção neurológica. Outros aspetos, como o tratamento das falências dos órgãos e o tratamento de infeções, devem igualmente ser tidos em conta (Oliveira, 2012).

Sá (2022), refere que “a rápida atuação das equipas de emergência extra-hospitalar, iniciando manobras de SAV, obtendo uma via aérea avançada definitiva, por conseguinte uma oxigenação adequada, também se pode constituir como fator determinante para melhorar as probabilidades de sucesso da RCP. Num estudo de 2014, verificou-se que a presença de uma equipa de SAV durante a RCP de pacientes com PCR extra-hospitalar, foi associada a uma taxa de sobrevida impressionantemente maior do que em pessoas ressuscitadas apenas com SBV”. (p.19)

Segundo (ERC.2015), “os pacientes que tiveram um breve período de paragem cardíaca respondendo imediatamente ao tratamento adequado podem alcançar um retorno imediato da função cerebral normal. Esses pacientes não necessitam de intubação traqueal e ventilação, mas devem receber oxigênio por meio de máscara facial se a saturação arterial de oxigênio no sangue for inferior a 94%. A hipoxemia e a hipercardia aumentam a probabilidade de uma nova paragem cardíaca e podem contribuir para a lesão cerebral secundária...um estudo de registo clínico que incluiu mais de 6000 pacientes apoia os dados em animais e mostra que a hiperoxemia pós-ressuscitação nas primeiras 24 horas está associada a pior desfecho, em comparação com normoxemia e hipoxemia. (pág. 5)

É prática comum sedar e ventilar pacientes por pelo menos 24 horas após o ROSC, não há dados de alto nível para suportar um período definido de ventilação, sedação e bloqueio neuromuscular após paragem cardíaca. Segundo (ERC 2015), “embora estratégias de ventilação pulmonar protetora não tenham sido estudadas especificamente em pacientes pós-paragem cardíaca, uma vez que esses pacientes desenvolvem uma resposta inflamatória acentuada, parece racional aplicar ventilação pulmonar protetora” (p.7).

Os pacientes precisam ser sedados adequadamente durante o tratamento com hipotermia induzida, e a duração da sedação e ventilação é, portanto, influenciada por esse tratamento, uma combinação de opioides e hipnóticos é geralmente usada. Drogas de ação curta (por exemplo, propofol, fentanil, remifentanil) permitirão uma avaliação e prognóstico neurológico mais confiável e mais cedo. Anestésicos voláteis têm sido usados para sedar pacientes pós-paragem cardíaca, mas embora existam alguns dados animais sugerindo benefícios miocárdios e neurológicos, não há dados clínicos mostrando uma vantagem com essa estratégia. A sedação adequada reduzirá o consumo de oxigênio. Durante a hipotermia, a sedação ideal pode reduzir ou evitar tremores, o que permite que a temperatura-alvo seja alcançada mais rapidamente. O uso de escalas de sedação publicadas para monitorizar esses pacientes (por exemplo, as Escalas richmond ou ramsay) pode ser útil (ERC, 2015).

Assim sendo os cuidados pós-PCR concentram-se na avaliação atempada da pessoa vítima de PCR com RSC, tendo em vista a otimização da função cardiopulmonar, estabilizando o fluxo sanguíneo e minimizando lesões neurológicas através do controlo da temperatura corporal.

Foi tendo os fatores anteriores em atenção, que durante a prática clínica na UCI, no processo de aquisição de competências de especialista em enfermagem medico cirúrgica na área do doente crítico, adquiri conhecimentos abrangentes sobre ventilação mecânica, incluindo os diferentes modos ventilatórios, e compreendi o funcionamento de equipamentos

tanto para ventilação mecânica invasiva quanto não invasiva. Além disso, apliquei protocolos específicos para o cuidado de pacientes com tubo endotraqueal, traqueostomia e realizei técnicas de aspiração de secreções em circuito fechado.

Colaborei e participei de procedimentos relacionados com a ventilação mecânica, sendo vigilante na prevenção de complicações associadas a esse tipo de suporte respiratório. Também acompanhei o processo de desmame ventilatório. Fui capaz de realizar a interpretação de valores de gasometria, levando em consideração a condição clínica dos pacientes. Executei procedimentos técnicos específicos relacionados com a monitorização hemodinâmica, como inserção de cateter venoso central (CVC), acesso arterial, monitorização da pressão intracraniana (PIC), ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorpórea) e diálise. Manipulei dispositivos de monitorização invasiva, como cateteres arteriais. Segui os protocolos mais frequentemente utilizados no serviço, incluindo reposição de cloreto de potássio, administração de noradrenalina, administração de insulina, administração de antibioterapia, nutrição entérica e aplicação de hipotermia induzida. Também implementei o protocolo de hipotermia terapêutica em 3 pacientes vítimas de paragem cardiorrespiratória que estiveram sob os meus cuidados.

Assim chego à conclusão de que adquiri competências na antecipação de focos de instabilidade e risco de falência orgânica, identificando prontamente áreas de instabilidade, respondendo de forma rápida e antecipatória a esses problemas, executando cuidados técnicos de alta complexidade, demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma, e garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos.

Durante a prática clínica no INEM, colaborei ativamente, com o Enfermeiro Tutor, no atendimento/abordagem ao doente vítima de PCR, seguindo o protocolo de abordagem à vítima; ABCDE, e seguindo as últimas *guidelines* para a PCR no extra-hospitalar.

Segundo estas *Guidelines* produzidas pelo *The European Resuscitation Council* (ERC, 2021), o Suporte Avançado de Vida (SAV) inclui todas as intervenções avançadas que complementam o Suporte Básico de Vida (SBV) e o uso de um desfibrilhador automático externo (DAE), nomeadamente a abordagem avançada da via aérea, a monitorização de capnografia, a desfibrilhação manual, o uso de pacemaker transcutâneo, assim como a administração de fármacos ou fluidos e a identificação de candidatos a reanimação extracorporeal e respetiva abordagem com recurso a compressores mecânicos, as orientações de 2021 dão especial ênfase à prevenção de PCR com enfoque nos sinais premonitórios: “Compressões de elevada qualidade, minimamente interrompidas e

desfibrilhação precoce continuam a ser a prioridade; na abordagem da via aérea durante a reanimação deve ser adotada uma abordagem progressiva de básica para avançada, estando esta última reservada aos profissionais que tenham elevada proficiência na sua realização; a adrenalina deve ser administrada o mais precocemente possível nos ritmos não desfibrilháveis e após o 3º choque nos ritmos desfibrilháveis” (INEM, 2021, p.4).

Nas 3 situações de PCR em que tive oportunidade de intervir: Garanti a qualidade do SBV; Abordei a via aérea colocando máscara laríngea; Garanti o acesso Vascular precoce; Monitorizei a capnometria assim avaliando a eficácia e a qualidade da Reanimação cardiopulmonar (RCP); Administrei precocemente adrenalina em ritmos não desfibrilháveis; Tive a oportunidade de observar a colocação do compressor automático externo (LUCAS). É de salientar que segundo o ERC (2021), a utilização de compressores mecânicos não está preconizada como rotina, devendo ser apenas utilizado por equipa treinada. O seu uso é advogado em situações que colocam em perigo a equipa ou em que não seja exequível a realização de compressões manuais de alta qualidade, nomeadamente transporte em manobras de reanimação.

A aquisição de Competências Específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica é um processo contínuo. O aprimorar de competências pessoais e profissionais, assim como adotar atitudes, valores e comportamentos fundamentais na prestação de cuidados de enfermagem de elevada complexidade, como o doente crítico estende-se às unidades de cuidados intensivos polivalentes.

“O cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto específico de UCI mantém necessariamente a perspetiva holística como traço caracterizador e foco essencial, numa profissão de relação que implica, um conjunto de valores e crenças, inerentes ao conceito holístico do ser humano e à sua individualidade, que caracterizam uma atitude humanista” (Correia, 2012, p. 21).

Aprender a cuidar da pessoa em contexto de cuidados intensivos implica uma reflexão sobre a prática que enfatize a pessoa e as suas necessidades de cuidados e relacione saberes científicos, técnicos, éticos, relacionais e estéticos (Correia, 2012).

Numa UCI, o enfermeiro deverá: avaliar e monitorizar continuamente o cliente, coordenar, implementar, avaliar e rever os planos de cuidados, administrar, simultaneamente, vários fármacos, e antecipar, prevenir e reconhecer situações que possam afetar negativamente o cliente, priorizando intervenções.

Sendo as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) diferentes de outros serviços, nelas encontram-se pessoas com elevada complexidade e necessidade de cuidados diferenciados. É um ambiente físico peculiar, onde os doentes estão ligados a máquinas, vulneráveis, com medos, ansiedades e receios de morte, muitas vezes com crenças religiosas relacionadas com o fim da vida. A comunicação é frequentemente limitada, e as famílias estão ansiosas em relação à situação dos seus entes queridos. Isso requer dos enfermeiros conhecimentos específicos, elevados níveis de responsabilidade, capacidade para tomar decisões imediatas, além de habilidades e competências específicas para lidar com doentes em situação crítica.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 “entende -se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (p.19362)

Ainda segundo o Regulamento n. 429/2018 “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” (p.19362).

Tendo em conta o citado anteriormente, durante a prática clínica de Cuidados Intensivos, colaborei na admissão do doente, preparando a unidade para a sua chegada e acolhendo-o devidamente. Também prestei apoio à família, mostrando a unidade e explicando os procedimentos que seriam realizados ao seu familiar. Além disso, forneci informações ao paciente e acompanhei a família durante a visita ao seu ente querido na UCI.

Apliquei o processo de enfermagem, gerindo os cuidados, tendo em conta os focos de instabilidade, o diagnóstico do doente, e tracei as intervenções adequadas à situação, registando no processo de enfermagem informático.

Colaborei no transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica para o serviço de radiologia. Verifiquei que o enfermeiro fica atento à monitorização hemodinâmica do cliente e faz-se acompanhar de fármacos para administração perante uma emergência.

No que se concerne a aplicação dos principais Instrumentos de Avaliação do doente Crítico, temos como exemplo: *Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)*, *Behavior Pain Scale (BPS)*, Escala de Coma de Glasgow (*ECG*); tive oportunidade de as aplicar, mais precisamente na UCI e serviço de urgência.

A Direcção-Geral de Saúde (2003), equipara a dor ao 5º sinal vital. Deste modo, passou a ser considerado como boa prática clínica a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que já acontece, há muito tempo, para os 4 sinais vitais clássicos (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal). A DGS defende ainda que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (DGS, normativa nº9, 14/2003).

A maioria dos doentes críticos tem dor, devido à doença ou lesão subjacente, a procedimento invasivo ou cirúrgico ou a estímulos dolorosos causados por intervenções na UCI (ventilação mecânica, aspiração orotraqueal, colocação de cateteres ou posicionamentos).

Segundo Teixeira (2023) a “PSC pode estar consciente e orientada, ter alterações de consciência por sedação ou não, e/ou alterações da comunicação por presença de tubo orotraqueal ou por outras condições relacionados com a sua situação fisiopatológica. A gestão e controlo da dor nestes doentes implica a vigilância e monitorização, o que requer o uso de escalas de monitorização da dor, que têm por base indicadores de dor. Estas escalas permitem identificar a intensidade da dor do indivíduo, implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a sua eficácia”.(pág.1058)

Segundo um estudo realizado pela SPCI, 8% das UCI’s não avaliavam a dor do doente crítico nem a resposta à terapêutica analgésica; 67% apenas das UCI’s utilizavam a Escala Visual Numérica para avaliar a intensidade da dor relatada pelo doente, embora este instrumento de avaliação da dor seja considerado o “gold standard” para a avaliação da dor e resposta à analgesia. Esta escala é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam, ou seja, não é indicada para doentes críticos que estão submetidos a ventilação mecânica e sedados. Desta forma verificou-se que apenas 25% das UCI’s utilizavam instrumentos de avaliação da dor adequadas para esta tipologia de doentes críticos. A dor em pacientes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos. Baseadas em indicadores comportamentais foram desenvolvidas escalas para detetar e medir a dor em doentes críticos com um bom grau de fiabilidade e validade tal como: a *Behavioural Pain Scale*, que inclui 3 itens comportamentais (expressão facial,

movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória); a *Critical Care Pain Observation Tool*, que inclui 4 itens comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ventilatória ou vocalização); e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor*, que inclui itens comportamentais (musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação ventilatória, conforto). No entanto o uso destas escalas está limitado a doentes submetidos a sedação profunda, tratamento com bloqueadores neuromusculares, tetraplegia e polineuropatia.

O controle da dor é um problema que suscita interesse e apreensão entre os profissionais que atuam na unidade de cuidados intensivos, devido às múltiplas complicações, impactos adversos e níveis de stress associados, que podem contribuir para um atraso na recuperação e na melhoria do estado do paciente, sendo a avaliação e gestão dessa situação uma responsabilidade do enfermeiro especialista.

Ao longo da prática clínica, apliquei a escala BPS em doentes ventilados e a escala de avaliação da sedação de RASS, e a escala de coma de *Glasgow* preconizadas pelo serviço. Nesses casos, apliquei escalas de avaliação da dor, dando especial atenção às evidências fisiológicas e emocionais de desconforto. Além disso, implementei medidas farmacológicas para o controlo da dor e avaliei e administrei a medicação conforme necessário. Um exemplo disso é a situação referente a uma utente que foi admitida na UCI por ter sido vítima de atropelamento com projeção de 10 metros, tendo feito PCR na sala de emergência do SU com ROSC ao fim de 8m, tendo sido entubada orotraquealmente e conectado à prótese ventilatória. Apresentava hematoma sub-dural, pneumotórax bilateral, com contusão pulmonar e fratura de costelas, com drenos torácicos bilaterais em drenagem ativa, apresentava ainda fratura de bacia alinhada, fratura de L3 e L5 e ferida extensa na região occipital direita e feridas por fricção em cerca de 80% da região dorsal. Estava sedoanalgesiada, com Propofol e Fentanilo, mantinha-se conectada e adaptada à prótese ventilatória em modo controlado apresentando um RASS-4 (sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque, estímulo físico).

No contexto da SIV Lisboa, implementei o protocolo estabelecido para o alívio da dor em vítimas de trauma, tendo em conta o seu bem-estar e estabilização.

Os padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem especializados em pessoas em situação crítica realçam a importância do enfermeiro especialista em aspirar à excelência no desempenho das suas funções. Isso inclui o objetivo de maximizar a satisfação do paciente e minimizar o impacto negativo associado a mudanças no ambiente durante o processo de assistência. Essa informação destaca a responsabilidade do enfermeiro

especializado não apenas em fornecer cuidados clínicos de alta qualidade, mas também em considerar o conforto e o bem-estar emocional do paciente, e seus familiares.

Sendo os enfermeiros frequentemente os primeiros profissionais de saúde com quem os pacientes e suas famílias entram em contato, eles desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde e na criação de um ambiente acolhedor para os pacientes e suas famílias. Os enfermeiros são responsáveis por estabelecer a primeiro laço com os pacientes, ou seja, o acolhimento inicial e desempenham um papel importante ao oferecer suporte emocional, fornecer informações sobre o tratamento e cuidados de saúde, e coordenar a comunicação entre diferentes membros da equipe de saúde.

Assim sendo, realizei a receção e acolhimento do doente (sempre que a condição do utente permitiu, apresentei-me, fiz referência ao serviço, à hora e expliquei o porquê de ali estar), abordei o paciente pelo nome da sua preferência, o que contribuiu para estabelecer uma relação empática desde o início. Em seguida, tomei o tempo necessário para explicar os procedimentos que seriam realizados e os cuidados que seriam prestados. Esta explicação foi feita de forma clara e concisa, com o objetivo de tranquilizar o paciente e promover uma sensação de segurança e confiança, procurando garantir que ele esteja completamente informado sobre o seu plano de cuidados, permitindo-lhe participar ativamente nas decisões relacionadas com a sua saúde

No ambiente dinâmico e desafiante de um serviço de urgência, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no acolhimento do doente crítico estende-se também à família. Para além de prestar cuidados especializados ao paciente, este profissional tem a responsabilidade de oferecer suporte e informação à família, proporcionando um ambiente de conforto e compreensão durante um momento de grande preocupação e ansiedade.

Dado o caráter súbito com que os pacientes são acometidos por uma doença ou uma situação de trauma inesperada, potencialmente fatal, surgem perturbações emocionais vivenciadas tanto pelo paciente quanto pela família. Essas situações também foram objeto do meu foco, requerendo a aplicação de conhecimentos específicos na gestão da ansiedade e do medo experimentados pelo paciente e pelos familiares, adotando uma perspectiva holística do cuidar, sempre considerando a família do paciente, oferecendo apoio nas perturbações emocionais resultantes da situação crítica do mesmo.

Ferreira (2022), diz que “o indivíduo é considerado um ser social, inserido numa comunidade que se integra e se influencia num contexto social e familiar, acompanhando-o em todas as fases da sua vida, pelo que não podemos abordar a pessoa em situação crítica

sem falar da sua família. Nestas situações não é só a pessoa doente que fica vulnerável física e psicologicamente, mas também a sua família” (p.25).

Viver uma situação limite, onde o risco de vida está presente, é uma experiência profundamente singular. Tanto o utente quanto a família enfrentam desafios únicos ao lidar com essa realidade. Para a família, a experiência é intensa. Eles vivenciam cada hora, cada mudança sutil no estado clínico de seu ente querido de maneira emocionalmente profunda. A incerteza e o medo que acompanham a situação de risco de vida são quase palpáveis. A família pode oscilar entre a esperança e a ansiedade, observando atentamente qualquer sinal de melhoria ou deterioração na condição do utente. A capacidade de oferecer apoio, compreensão e cuidados adequados a ambos é fundamental para enfrentar esses desafios com resiliência e, eventualmente, buscar a recuperação e a cura.

É importante que o enfermeiro estabeleça uma relação com a família do paciente, porque esta desempenha um papel vital ao fornecer apoio emocional, informações relevantes sobre o histórico médico do paciente e colabora com a equipe de saúde no plano de cuidados individualizado. Essa colaboração entre o enfermeiro especialista e a família é essencial para garantir uma abordagem holística e centrada no paciente durante todo o processo do cuidar. Assim, busquei fornecer informações ao paciente e à sua família sobre o seu estado de saúde, enquanto também procurava reunir dados relevantes, como antecedentes pessoais, medicação, residência e profissão, a fim de aprimorar a qualidade do cuidado prestado.

A família do paciente crítico desempenha um papel de apoio crucial durante todo o processo de doença. A família pode oferecer suporte emocional ao paciente, o que é fundamental para a recuperação. Além disso, a família muitas vezes atua como defensora do paciente, ajudando a garantir que as necessidades do paciente sejam atendidas e que sua voz seja ouvida na equipe de saúde.

A comunicação eficaz entre o enfermeiro especialista, o paciente e a família é fundamental. O enfermeiro deve fornecer informações claras e precisas, oferecer apoio emocional e estar disponível para responder a perguntas e preocupações da família. Esta por sua vez, pode ajudar a equipe de saúde a entender melhor as preferências e desejos do paciente, contribuindo para a tomada de decisões informadas.

O enfermeiro especialista em medicina cirúrgica desempenha um papel vital no cuidado a pacientes críticos, e a família do paciente é uma parte integrante desse processo. Trabalhando em conjunto, eles podem ajudar a proporcionar os melhores resultados possíveis para o paciente, promovendo uma recuperação bem-sucedida. É fundamental que a família esteja ativamente envolvida, recebendo apoio e sendo incentivada a participar em

todas as fases do processo de cuidados. Como um elo vital entre o paciente e o enfermeiro, a família possui um conhecimento íntimo da pessoa em situação crítica, compreendendo seus hábitos, necessidades e preocupações. A colaboração entre enfermeiro, paciente e família deve ser caracterizada pela flexibilidade, disponibilidade e prontidão.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, prestei cuidados à família de pacientes no serviço de urgência, tal como na prática clínica na UCI e no INEM (SIV e VMER), em situações críticas de saúde. Durante esse período o meu foco principal foi apoiar e auxiliar a família a lidar com as perturbações emocionais decorrentes da condição de saúde crítica do paciente, incluindo situações de falência orgânica.

Também durante o meu percurso como aluna, procurei orientar a família sobre os cuidados de enfermagem oferecidos. Estive disponível para responder a todas as questões e dúvidas relacionadas com os cuidados de enfermagem, como por exemplo recolhendo informações importantes para a continuidade e planeamento dos cuidados de saúde.

Durante a minha prática clínica na UCI pude-me aperceber que está disponível um Guia de Acolhimento à Família, fornecido aos familiares para os ajudar a compreender o funcionamento do serviço. Este guia também os ajuda a identificar os profissionais de saúde envolvidos na prestação dos cuidados, a relembrar os direitos e deveres do seu familiar ou pessoa significativa enquanto doente, a organizar a visita e a conhecer as medidas de segurança necessárias para aceder ao serviço e fazer a visita. Além disso, na unidade de medicina intensiva tentam assegurar que a equipa de Enfermagem e Médica está sempre disponível para conversar com a família sobre o estado geral do paciente, seja pessoalmente ou por telefone.

As minhas ações incluíram a implementação de intervenções específicas, o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida com os familiares e a gestão eficaz da comunicação interpessoal que sustentava essa relação. Reconheci a importância de manter os familiares cientes da real situação clínica de seu ente querido. Sempre que possível ofereci um ambiente acolhedor e oportunidades para que os familiares visitassem o paciente. Isso permitiu que eles expressassem os seus sentimentos, emoções e dúvidas, além de se despedirem quando necessário. A abordagem visou proporcionar um apoio completo à família, não apenas em termos de informações clínicas, mas também em relação às necessidades emocionais e psicológicas que surgem em situações tão desafiadoras. O objetivo era criar um ambiente onde os familiares se sentissem compreendidos, ouvidos e apoiados durante todo o processo, contribuindo assim para o seu bem-estar emocional e permitindo que enfrentassem a situação com mais resiliência e compreensão.

2.3.2. Dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Com o mundo em constante transformação, os riscos que enfrentamos estão em constante aumento, seja devido a eventos naturais ou intervenção humana. Isso muitas vezes resulta em incidentes que afetam um grande número de pessoas, com os hospitais sendo os principais pontos de atendimento. Essa dinâmica cria um desequilíbrio entre as necessidades e as capacidades de resposta, impactando o funcionamento geral.

Uma catástrofe é um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional. A atividade de prevenção de catástrofes, bem como a de uma vez ocorridas, atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo compete à proteção civil. (Diário da república, 2006)

Segundo o INEM (2012), uma catástrofe é um acontecimento súbito quase sempre imprevisível. É o acidente grave, ou a série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Decreto-Lei nº 27/2006). Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. É, por sua vez, esta desigualdade que vai condicionar a atuação das equipas de emergência médica, nomeadamente, através de uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de toda a informação disponível, em cada momento.

Uma catástrofe é um acontecimento excepcional e frequentemente devastador que resulta em extensa destruição, sofrimento humano e perda de vidas. Pode ser desencadeada por vários fatores, incluindo desastres naturais, eventos climáticos extremos, acidentes industriais, incidentes nucleares, atos de terrorismo ou conflitos armados.

Segundo Figueiredo (2021), o conceito de catástrofe encontra-se para além da sua definição,

baseia-se em três componentes: afluxo intenso de vítimas, destruição de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer, o que exige principalmente no momento após a ocorrência, aquando de um notório desequilíbrio entre meios e necessidades, uma liderança, coordenação, destreza, serenidade, disciplina, resistência física e emocional dos múltiplos profissionais envolvidos (p. 28)

Nas últimas décadas, temos observado um aumento significativo de eventos de catástrofe e/ou emergências com múltiplas vítimas em todo o mundo. Quem não se lembra do atentado terrorista de 11 setembro 2001, nos Estados Unidos, cidade de Nova Iorque, que vitimou mais de 3000 pessoas e mais de 6000 feridos; mais recentemente em fevereiro 2023 na Turquia e Síria, o terramoto que vitimou mais de 51.000 pessoas e feriu mais de 120.000. Não indo muito longe na ilha da Madeira as cheias de 20 de fevereiro de 2010, que fizeram 47 mortos e 250 feridos ou o acidente de autocarro em 2019, que vitimou 29 pessoas e feriu 27. Estes eventos, lembram a vulnerabilidade humana diante de eventos imprevisíveis e das consequências devastadoras que podem ocorrer subitamente.

Esses eventos trágicos são dolorosas recordações de como a natureza, acidentes ou circunstâncias imprevistas podem afetar drasticamente a vida das pessoas e das comunidades. As cheias, por exemplo, resultaram em perda significativa de vidas e deixaram muitas famílias em luto, enquanto o acidente de autocarro em 2019 também teve um impacto devastador.

As catástrofes têm a capacidade de impactar significativamente comunidades inteiras, causando danos materiais extensos, deslocamento de pessoas, escassez de recursos básicos como água e comida, interrupção de serviços essenciais e, em muitos casos, perdas humanas. Esses eventos podem sobrecarregar os sistemas de resposta de emergência e requererem uma ampla mobilização de recursos para lidar com as consequências.

A gestão de catástrofes envolve uma resposta coordenada entre agências de resposta de emergência, organizações não governamentais e outros atores relevantes para mitigar o impacto da catástrofe, salvar vidas, fornecer assistência humanitária e ajudar na recuperação das áreas afetadas. A preparação e o planeamento para catástrofes são fundamentais para minimizar os seus efeitos e proteger comunidades vulneráveis.

É importante destacar que as situações de catástrofe e/ou emergência com múltiplas vítimas podem ocorrer a qualquer momento e têm um impacto direto na prestação de cuidados de saúde, especialmente nos serviços de urgência hospitalar. Os serviços de urgência são considerados os principais locais para responder a este tipo de eventos devido às suas características e infraestrutura.

Todos os profissionais envolvidos no atendimento a essas situações, com destaque para os enfermeiros, que desempenham um papel fundamental, devem estar cientes das mudanças na prestação de cuidados às vítimas. Sem um planeamento adequado e estratégias bem definidas, a prestação de cuidados pode tornar-se caótica. Portanto, é crucial que haja

um planeamento cuidadoso e estruturado para enfrentar esses desafios e garantir uma resposta eficaz diante de incidentes de grande escala.

Os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência desempenham um papel crucial na primeira linha de resposta a situações de catástrofe e/ou emergência com múltiplas vítimas.

A sociedade deposita uma confiança fundamental nas instituições de saúde que cuidam dos seus membros. Espera-se que essas instituições estejam preparadas para lidar com uma ampla gama de situações e que o façam de maneira oportuna, eficiente, eficaz, humanizada e segura.

A capacidade de resposta das instituições de saúde não apenas impacta a qualidade dos cuidados prestados, mas também afeta diretamente o bem-estar e a confiança dos pacientes e suas famílias. Em momentos de doença, emergência ou crise, a sociedade confia que as instituições de saúde estarão lá para oferecer apoio, diagnóstico e tratamento adequados. Portanto, é de suma importância que as instituições de saúde se esforcem continuamente para manter altos padrões de preparação, resiliência e qualidade de atendimento. Isso inclui investir em treino constante, atualização de protocolos, uso de tecnologia de ponta e, acima de tudo, colocar o paciente no centro de todas as ações.

Segundo Figueiredo (2021), a Direção Geral da Saúde afirma que a realidade atual do funcionamento das Unidades de Saúde, toca o máximo das suas capacidades ou muito perto, pelo que o Plano de Emergência é uma ferramenta fundamental de avaliação de meios em situação de crise, na forma de definição de regras ou normas de atuação em contexto de catástrofe externa/emergência interna nas unidades de saúde. Todos quantos prestam cuidados no serviço de urgência assim como nos restantes serviços, devem ter conhecimento do mesmo, de forma que numa mobilização saibam agir em conformidade.

A probabilidade de acionar um plano de emergência em hospitais é atualmente mais alta, devido a uma série de eventos como ataques terroristas, pandemias, terremotos e grandes concentrações de pessoas em eventos. Essas situações podem desencadear acidentes de naturezas variadas, enfatizando a necessidade de uma resposta rápida e eficaz por parte das várias entidades responsáveis pela prestação de cuidados.

Segundo Figueiredo (2021), os planos de emergência hospitalar contemplam um conjunto de ações/procedimentos estandardizados e simplificados, no sentido de mobilizar e rentabilizar recursos, providenciando respostas rápidas e eficazes, ao maior número de vítimas, constituindo também uma ferramenta de avaliação, e com isso aprender e melhorar.

No decorrer da minha carreira como enfermeira no SU participei em várias situações de catástrofe e múltiplas vítimas. Destaco, em particular, o acidente de autocarro ocorrido em 23 de dezembro de 2005, em São Vicente, quando um autocarro capotou, resultando em cinco mortes, três feridos graves e 46 feridos ligeiros, outra situação em que estive presente como enfermeira do SU foram os incêndios ocorridos em 8 de agosto de 2016, que resultaram em três vítimas fatais, dois feridos graves e a destruição e ameaça a várias habitações, incluindo o Hospital Dr. João de Almada e o Hospital dos Marmeleiros, que tiveram que ser evacuados. Parte dos utentes foram transferidos para o Hospital Dr. Nélio Mendonça, exigindo a ativação do plano de catástrofe do hospital.

Em 15 de agosto de 2017, a queda de uma árvore no Monte vitimou 13 pessoas e feriu 49. Nestas situações, atuei na triagem dos doentes e também na sala de emergência, na prestação direta de cuidados a doentes críticos, bem como na transferência desses pacientes para diferentes serviços. Também prestei apoio às famílias, tanto nos casos de óbito quanto na comunicação de informações sobre as vítimas.

Experienciar situações de exceção ou multivítimas como enfermeira foi extremamente desafiador para mim. Essas experiências permitiram-me compreender profundamente a importância de conhecer e saber implementar o Plano de Catástrofe do serviço. Através desse conhecimento, pude aprimorar as minhas competências e habilidades em emergências, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional.

A triagem de pacientes em meio hospitalar em situações de múltiplas vítimas é um processo crítico que ocorre quando um grande número de pacientes requer atendimento médico de emergência simultaneamente, sobrecarregando a capacidade do hospital. O objetivo é priorizar o atendimento com base na gravidade das lesões, a fim de fornecer tratamento adequado a todos os pacientes, mesmo em condições de recursos limitados.

Na minha função como enfermeira no Serviço de Urgência, é crucial conhecer o Plano de Emergência Hospitalar. Além disso, como aluna de mestrado, tentei constantemente atualizar-me sobre as revisões e novidades desse plano nos diferentes contextos da prática clínica. Isso permitiu-me compreender em detalhe a sequência de ações, o papel do enfermeiro na gestão de recursos humanos e materiais, a hierarquia das comunicações e as alterações na organização do SU para garantir uma resposta eficaz em situações de grande afluência de vítimas. O plano estabelece os princípios gerais de organização precisamente, para lidar com um grande número de vítimas. Dentro desse plano, são detalhados todos os recursos disponíveis no Hospital, incluindo recursos humanos, capacidade hospitalar, equipamentos técnicos, sistemas de comunicação, meios de transporte

e medicamentos de emergência. Além disso, o plano faz referência ao gabinete de crise e descreve as funções específicas de cada profissional de saúde. Também aborda a reestruturação do SU e de outros serviços que podem ser diretamente relevantes para atender às necessidades das vítimas, como o bloco operatório e o serviço de imagiologia. Tenho conhecimento de que o plano de catástrofe está em processo de reestruturação desde 2019, em resposta à pandemia. A necessidade de revisão e atualização do plano tornou-se evidente devido aos desafios únicos apresentados pela pandemia, que afetou a forma como os serviços de saúde lidam com situações de grande afluência de pacientes e demandas excepcionais. A pandemia de COVID-19 evidenciou a importância de ter um plano de catástrofe sólido e adaptável, capaz de lidar com cenários de emergência de larga escala. A reestruturação desse plano incluiu a avaliação das lições aprendidas durante a pandemia, a incorporação de novos protocolos de resposta a emergências e a garantia de que os recursos necessários, como pessoal e equipamentos estejam prontamente disponíveis em momentos críticos. Essa revisão contínua do plano de catástrofe reflete o compromisso do hospital em fornecer uma resposta eficaz e coordenada a qualquer evento de grande impacto na saúde pública, garantindo a segurança e o bem-estar dos pacientes e da comunidade em geral.

Não se pode falar de situações de múltiplas vítimas no intra-hospitalar sem mencionar o contexto extra-hospitalar. Estas duas dimensões estão interligadas de maneira vital no sistema de saúde. Enquanto o ambiente hospitalar é essencial para fornecer tratamento especializado e contínuo, o contexto extra-hospitalar desempenha um papel crucial na triagem inicial e no transporte dos pacientes.

Nas situações de múltiplas vítimas, como acidentes em massa ou desastres naturais, as equipas médicas e de emergência em Portugal enfrentam o desafio de gerir eficazmente os recursos disponíveis. A triagem de pacientes no local do incidente, muitas vezes liderada por profissionais treinados, é o primeiro passo para determinar a gravidade das lesões e a prioridade de tratamento. Essa triagem inicial influencia diretamente a forma como os pacientes são encaminhados para os hospitais.

A triagem de múltiplas vítimas em contexto extra-hospitalar é um procedimento crítico realizado em emergências, como acidentes de trânsito em massa, desastres naturais ou eventos com várias vítimas. O seu principal objetivo é avaliar e priorizar o atendimento com base na gravidade das lesões, permitindo que os recursos limitados sejam direcionados de forma eficaz para salvar o maior número possível de vidas. Em Portugal, este processo é frequentemente guiado pelo sistema de triagem *Simple Triage and Rapid Treatment*

(START) que tem como objetivos principais, a assistência precoce, a aplicação de manobras “*life-saving*” e a determinação do nível de urgência;

Para realizar esta Triagem são usados discriminadores muito simples como: vítima anda? ferida? respira? frequência respiratória (FR)? frequência cardíaca (FC)? Assim, baseando-se nesses discriminadores é possível realizar uma divisão das vítimas em quatro categorias segundo a gravidade: Prioridade 1 (cor vermelho): vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarelo): Vítima grave; Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave; Morto (cor preto).

É importante referir que em Portugal, as autoridades e organizações de saúde continuam a aprimorar os protocolos de resposta a situações de múltiplas vítimas, investindo em treino e recursos para garantir que estejam preparados para lidar com qualquer emergência, independentemente da sua escala. Isso demonstra o compromisso em proteger a vida e o bem-estar da população, mesmo nas situações mais desafiadoras.

Não se vai mais longe, o Curso MRMI é o único no país com certificação internacional para este tipo de formação de gestão em catástrofe, que se destina a todas as entidades envolvidas no caso de incidentes desta dimensão, desde a Proteção Civil, bombeiros, forças de segurança, INEM, Cruz Vermelha Portuguesa, entre outras.

A formação ministrada baseia-se num modelo de simulação avançada treinando toda a cadeia de comando, cenário do acidente, transportes, extra-hospitalar, gestão de hospitais face a um cenário de catástrofe, triagem, corredores de evacuação e estrutura da comunidade que possam ser utilizadas na resposta a um grande incidente com multivítimas.

Com esta formação, pretende-se qualificar e promover a diferenciação dos profissionais nesta área de gestão e comando de um cenário de catástrofe.

Como enfermeira do serviço de urgência, sempre busquei aprimorar as habilidades e conhecimentos para oferecer o melhor atendimento aos pacientes em situações críticas. Compreendi que a área de múltiplas vítimas e gestão de incidentes era fundamental para a minha prática profissional. Por isso, optei por investir na minha formação e frequentei o curso *Medical Response to Major Incidents*. (MRMI). Este curso dotou-me de um conjunto valioso de competências, desde a triagem inicial até à coordenação de esforços em situações de emergência com múltiplas vítimas. Adquiri a capacidade de tomar decisões rápidas e precisas, de priorizar o atendimento com base na gravidade das lesões e de trabalhar eficientemente em equipa sob elevada pressão.

Hoje, estou certificada para atuar nesta área, pois sei que estou mais bem preparada para lidar com desafios críticos que possam surgir no meu trabalho no serviço de urgência. Acredito que essa formação não apenas aprimorou as minhas habilidades profissionais, mas

também fortaleceu a minha confiança e capacidade de proporcionar um cuidado de qualidade aos pacientes em horas de maior necessidade. Tanto é que pude basear-me nessas competências durante a minha prática clínica no INEM e SIV, quando a equipa foi ativada, para uma situação que, no primeiro alerta, parecia ser uma situação de múltiplas vítimas. Tratava-se de um choque frontal entre uma viatura pesada e um autocarro de passageiros, ocorrido dentro do Aeroporto de Lisboa. A primeira informação indicava que havia mais de 15 vítimas. Durante o percurso até o aeroporto, a equipa foi planeando estratégias de atuação, sempre seguindo o protocolo de múltiplas vítimas do INEM. Após a nossa chegada ao local, constatamos que, na verdade, havia apenas duas vítimas. Uma delas era um ferido ligeiro que já se encontrava fora do autocarro, enquanto a outra vítima estava presa dentro da viatura pesada, apresentava suspeita de traumatismo cranioencefálico e fratura de um membro inferior.

Em suma o papel do enfermeiro especialista em enfermagem medico cirúrgica em situações de catástrofe e exceção é de extrema importância para garantir um atendimento eficaz e coordenado em momentos de crise. Este profissional traz consigo um conjunto de competências valiosas que podem ser vitais em tais cenários, como a capacidade de realizar uma avaliação rápida efetuando uma triagem determinando assim a prioridade de atendimento, a capacidade para uma gestão eficaz de recursos que é fundamental em situações de catástrofe. O enfermeiro especialista pode ainda ajudar na alocação adequada de pessoal, equipamentos e materiais, otimizando o atendimento.

2.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Segundo o Plano nacional de controlo de infeção, PNCI (2007), “a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (p. 4)

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde representam um desafio significativo para a segurança do paciente, com potencial para resultar em hospitalizações prolongadas, incapacidade duradoura, aumento da resistência a antimicrobianos, um substancial encargo financeiro adicional para os sistemas de saúde, custos elevados para os pacientes e suas famílias, bem como perdas de vidas. De acordo com a Organização Mundial

da Saúde (2007), as IACS são o efeito adverso mais comum na prestação de cuidados de saúde, afetando centenas de milhões de pessoas anualmente.

As IACS não representam um problema recente, mas têm vindo a ganhar crescente importância tanto em Portugal como no resto do mundo. Com o aumento da esperança de vida e o avanço contínuo das tecnologias médicas, muitas das quais são invasivas, e o aumento do número de pacientes em terapia imunossupressora, o risco de infeções tem também aumentado.

Esta realidade sublinha a necessidade de uma abordagem proativa e rigorosa na prevenção de IACS, à medida que o ambiente médico e as práticas de cuidados de saúde continuam a evoluir.

“Estima-se que em 2050, no mundo inteiro, possam existir cerca de 10 milhões de mortes associadas à resistência aos antimicrobianos, superando as mortes atribuíveis a doença neoplásica. Em 2015, em Portugal, estimaram-se 24 021 casos de infeção por bactérias multirresistentes, responsáveis por 1158 mortes, das quais 63,5% associadas aos cuidados de saúde. Assim, as infeções nosocomiais, a resistência aos antimicrobianos e as doenças infecciosas emergentes são fatores determinantes na qualidade e segurança dos cuidados de saúde, condicionando uma significativa morbimortalidade que impede o seu normal funcionamento” (Pereira, 2020, p. 163).

A OMS em 2004, definiu a segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade como uma prioridade global, com o lançamento da *World Alliance for Patient Safety*, esta iniciativa surgiu no seguimento de uma crescente preocupação internacional em torno do dano evitável decorrente ou associado aos cuidados de saúde. De então para cá, foram definidos três *Global Patient Safety Challenges* dirigidos a áreas major de segurança do doente, uma delas as infeções associadas a cuidados de saúde.

A crescente preocupação com estes desafios de saúde pública levou à criação em Portugal de Programas de Saúde dedicados especificamente a esta problemática. O Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, procedeu à criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), fundindo, assim, os anteriores programas nacionais de Controlo de Infeção e de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Os objetivos gerais deste Programa são a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, tendo sido definido como programa de saúde prioritário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, pelo Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio.

A prestação de cuidados de saúde tem por base as normas e diretrizes estabelecidas pelo Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Durante a minha prática profissional no serviço de urgência, como também na minha prática clínica na UCI, após uma análise das normas e procedimentos pude observar, procedimentos, circuitos de pessoas, roupas e resíduos, necessários para mitigar as vias de transmissão de infeção durante a prestação de cuidados ao doente. Essa abordagem orientada por normas e diretrizes estabelecidas pelo PPCIRA demonstra um compromisso com a excelência na prestação de cuidados de saúde e na gestão de infeções. Ela assegura que os profissionais de saúde tenham orientações claras e consistentes para prevenir a disseminação de infeções e manter um ambiente seguro para os pacientes. A aplicação destas normas transversais à rotina de trabalho torna-se uma parte essencial do cuidado de qualidade na prestação dos mesmos, resultando em benefícios para a saúde dos pacientes e a eficiência do sistema de saúde.

Segundo a DGS (2017), a higiene das mãos por parte dos profissionais é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS. Essa ação fundamental desempenha um papel crítico na redução da disseminação de microrganismos patogénicos em ambientes de cuidados de saúde. Através da lavagem adequada das mãos com água e sabão ou do uso de soluções antissépticas, os profissionais de saúde eliminam potenciais fontes de infeção que podem ser transferidas para os pacientes. Além disso, a higiene das mãos não apenas protege os pacientes, mas também preserva a saúde dos próprios profissionais de saúde, reduzindo o risco de que eles próprios se tornem vetores de infeção. É uma prática que deve ser rigorosamente seguida em todas as etapas da prestação de cuidados de saúde, desde a admissão do paciente até aos procedimentos e ao contato direto com pacientes. A simplicidade e a eficácia da higiene das mãos a tornam-na uma medida fundamental que todos os profissionais de saúde devem incorporar na sua rotina diária. Ela exemplifica como pequenas ações individuais podem ter um impacto significativo na segurança do paciente e na redução do custo associado ao tratamento de IACS, tornando-a uma prioridade inquestionável em qualquer ambiente de cuidados de saúde. É uma prática que incorporo tanto na minha vida profissional, tal como durante a prestação de cuidados nos campos de estágios ao longo do mestrado em enfermagem medico cirúrgica.

Na sequência do assunto abordado neste trabalho, gostaria de salientar que as situações de paragem cardiorrespiratória, apresentam um risco significativo de infeções, tanto para os profissionais de saúde quanto para o paciente. Durante uma PCR, as medidas de reanimação cardiopulmonar, geralmente envolvem a realização de procedimentos

invasivos, como intubação endotraqueal e inserção de dispositivos intravenosos, que aumentam o risco de introdução de micro-organismos no corpo.

Os procedimentos de reanimação cardiopulmonar podem expôr os profissionais de saúde a fluidos corporais do paciente, como sangue, saliva e secreções respiratórias, que podem conter agentes patogénicos infecciosos, aumentando o risco de transmissão de doenças. Para mitigar o risco de infeções em situações de PCR, é essencial que os profissionais de saúde adotem medidas rigorosas de controlo de infeção. Isso inclui o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como luvas, máscaras, aventais e óculos de proteção, para reduzir a exposição a fluidos corporais do paciente. Além disso, a higienização das mãos antes e após o contacto com o paciente, bem como a limpeza e desinfeção adequadas dos equipamentos médicos e superfícies, são práticas fundamentais para prevenir a disseminação de infeções.

É importante também que os profissionais de saúde estejam atualizados sobre as diretrizes e protocolos de controlo de infeções específicos para situações de PCR, garantindo uma resposta eficaz e segura em momentos de emergência. Ao adotar medidas preventivas adequadas, é possível minimizar o risco de infeções e garantir a segurança tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes durante a prestação de cuidados em situações de paragem cardiorrespiratória.

No decorrer da minha experiência clínica, especialmente nas áreas de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tal como na emergência extra-hospitalar, como na minha prática profissional, orientei a prestação de cuidados com uma ênfase especial na prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Busquei ser um exemplo na implementação das medidas de controle de infeção, especialmente ao lidar com pacientes em situações críticas, seguindo rigorosamente as normas estabelecidas. Durante a prestação de cuidados com pacientes imunodeprimidos ou colonizados, tendo em conta a pandemia Covid 19, reconheci a necessidade de aplicar medidas de isolamento protetor e de contenção.

Em 2014, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), para tal, implementou a Estratégia Multimodal das Precauções Básicas. As PBCI traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada e incidem sobre dez padrões de qualidade.

Assim, tentei adotar rigorosas medidas de prevenção e controle de infeção em todos os ambientes de trabalho. Comprometi-me a seguir estritamente as orientações estabelecidas

para garantir a segurança dos pacientes, colegas de trabalho e de mim mesma. Isso incluiu práticas como tomar banho ao sair de cada turno, utilizar a farda fornecida especificamente para cada local, e calçar um par de sapatos designado para cada ambiente de trabalho. Além disso, priorizei a correta utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) nas práticas clínicas e prática profissional. Isso envolveu o uso apropriado de luvas, máscaras, batas e viseiras, trocando-os conforme necessário para manter a eficácia da proteção. Adotei a prática regular de desinfecção e lavagem das mãos como parte essencial da minha rotina, reconhecendo a sua importância na prevenção da disseminação de infeções. Além disso, disponibilizei esses equipamentos de proteção aos familiares durante as visitas, contribuindo para a segurança não apenas dos pacientes, mas também de seus entes queridos. Esse cuidado adicional é crucial para promover um ambiente seguro e acolhedor para todos os envolvidos no processo de cuidado de saúde.

No serviço de urgência durante a minha prática profissional, encorajei os familiares a se organizarem de forma eficaz em relação às visitas, designando um único porta-voz para transmitir informações e limitando o número de visitas ao paciente. Essas medidas visaram reduzir ao máximo a exposição do paciente a possíveis complicações na sua situação clínica. A minha abordagem foi pautada pela responsabilidade com a segurança do paciente e na aplicação diligente das práticas de prevenção de infeções em todos os aspetos da prestação de cuidados de saúde.

Durante a minha experiência na prática clínica na UCI, uma situação que despertou o meu interesse foi a ocorrência de infeções respiratórias relacionadas com a entubação e ventilação mecânica. O problema das infeções está sobretudo relacionado à entubação por isso se designa a Pneumonia Associada à Intubação (PAI) como um problema bastante comum.

Segundo a DGS (2015), a pneumonia associada à entubação (PAI) é a infeção mais frequente adquirida na UCI sendo responsável pelo aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, do consumo de antibióticos, da duração do internamento e consequentemente, pela maior morbimortalidade e custos associados. A PAI é uma pneumonia que surge no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas.

Dada a sua importância e complexidade como problema de saúde, é fundamental implementar intervenções que tenham um impacto significativo na prevenção da PAI, com o objetivo de reduzir a ocorrência de infeções. A adoção de medidas preventivas é crucial. A implementação dessas diretrizes, conhecidas como feixes, visa reduzir a variação nas

práticas clínicas, garantindo que as intervenções sejam baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Isso, por sua vez, leva a uma diminuição das taxas de incidência da PAI, resultando numa melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes críticos e, conseqüentemente, proporcionando um prognóstico mais favorável para esses pacientes. Portanto, norteiei a minha prática na UCI, com base na Norma Clínica da Direção-Geral da Saúde (2015).

Assim, tendo em atenção a prevenção da PAI, durante a prática clínica na UCI, adotei medidas e procedimentos, tais como: posicionar a cabeceira da cama a um ângulo de 30°, realizar higiene oral com clorexidina a 0,2%, aspirar as secreções subglóticas e manter a pressão do cuff do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O, monitorizando-a uma vez no turno e/ou de forma contínua.

Durante o meu estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, pude constatar que a abordagem adotada pelo serviço e pelos profissionais que ali trabalham é pautada pela excelência e pelo estrito cumprimento das normas recomendadas pela Direção-Geral da Saúde e pelo Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Todos os requisitos e procedimentos para prevenção e controlo de infeções estão devidamente estabelecidos e implementados.

Pude-me aperceber que a admissão do doente e a prestação de qualquer cuidado na UCI é feita com a colocação de proteção individual que é uma mais-valia, quer na segurança do doente, quer na do próprio profissional de saúde.

Constatei que todos os pacientes com cateter central têm um campo estéril para proteger as vias de acesso, bem como o manuseio do mesmo e a execução do penso, são realizados de forma asséptica, conforme o estipulado pelo PPCIRA. No entanto, no Serviço de Urgência onde trabalho, não é comum seguir esses cuidados com o cateter central. Portanto, sempre que presto cuidados a esses pacientes, verifico no início de cada turno se os pacientes com cateter central têm o campo estéril de proteção. Quando isso não acontece, eu mesma o coloco, adotando essa medida de proteção para o paciente.

No que se refere à emergência extra-hospitalar, na prestação de cuidados imediatos a pacientes em situações críticas, como é comum no atendimento extra-hospitalar, torna-se imperativo implementar práticas que garantam a segurança, minimizando a transmissão de agentes infecciosos tanto para os doentes como para os próprios prestadores de cuidados.

O atendimento extra-hospitalar é um campo único e desafiador, onde os cuidados de saúde são prestados em ambiente complexo e dinâmico, sob uma ampla gama de condições clínicas e sintomas. Além disso, esse ambiente muitas vezes está distante dos

recursos e procedimentos avançados disponíveis no contexto hospitalar. Nesse cenário, a rapidez e precisão na execução dos procedimentos, mesmo que sejam parte da rotina, devem ser realizadas com foco absoluto na segurança do paciente. É essa combinação de complexidade, urgência e necessidade de cuidado centrado na segurança que torna o atendimento extra-hospitalar único e fundamental para garantir a melhor assistência possível aos pacientes em situações críticas

A chegada da pandemia da COVID-19 no final de 2019 representou um marco significativo que alterou a forma como encaramos o controlo de infeção. No âmbito do atendimento extra-hospitalar, essa mudança foi particularmente desafiadora, uma vez que essa área carecia de uma cultura institucional sensível à problemática do controlo de infeção.

Surgiu assim, um desafio significativo para os bombeiros, técnicos de emergência extra-hospitalar, médicos e enfermeiros. Foi necessário adaptar-se a essa nova realidade, garantindo que todas as medidas necessárias fossem tomadas para proteger tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde, promovendo uma prática segura e eficaz em situações críticas.

Durante a minha experiência prática na SIV, tive a oportunidade de consultar os protocolos e procedimentos estabelecidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com foco especial naqueles relacionados com o COVID-19. Estes protocolos eram de extrema importância dado o contexto da pandemia.

Em duas situações específicas, identificamos pacientes com sintomas respiratórios, nos quais apliquei rigorosamente os protocolos estabelecidos para garantir a segurança tanto dos pacientes quanto da equipe de saúde. Isso envolveu a utilização de medidas de assepsia em todos os momentos da prestação de cuidados de enfermagem, especialmente durante procedimentos como punção venosa e administração de medicação. Além disso, mantive a ambulância e todo o material utilizado devidamente desinfetados após cada serviço, seguindo estritamente as diretrizes de higienização.

Para garantir um ambiente seguro, também realizei uma limpeza e desinfecção mais abrangente da ambulância e do equipamento uma vez por semana. Essas práticas rigorosas foram essenciais para prevenir a propagação do COVID-19 e garantir que a assistência prestada fosse de alta qualidade e segurança durante um período desafiador de pandemia.

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, capítulo III, artigo 15º, o detentor do grau de mestre deve integrar conhecimentos, lidar com situações e contextos complexos, encontrando soluções, comunicando as suas conclusões e o raciocínio a elas subjacentes, aprimorando deste modo competências que lhe facultam uma aprendizagem ao longo da vida. (p.4162).

Assim sendo, o mestre em enfermagem tem como competência o saber ser e estar, ser modelo na área da investigação, compreendendo e resolvendo dilemas que surjam, emitindo juízos, com a plena noção das suas consequências e das responsabilidades éticas e sociais que daí possam advir, através da edificação de um corpo de novos conhecimentos baseado na evidência.

A investigação é o pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico, sendo que o conhecimento só faz sentido na partilha (Néné, 2022). No contexto da enfermagem a investigação reveste-se de extrema importância, na medida em que são necessárias as melhores evidências científicas para a tomada de decisão, essencialmente a nível da identificação das necessidades das pessoas e a nível da prescrição das intervenções de enfermagem (Néné, 2022).

Ao longo do prática clínica, tentei demonstrar de forma efetiva competências no desenvolvimento da assertividade na minha intervenção. Foi uma busca contínua, sempre empenhada em aprimorar as minhas habilidades nesse sentido. Foi tendo isso em atenção que no decorrer das minhas práticas clínicas, tanto na UCI, como no INEM, no final de cada turno de estágio refletia sobre o que fazia bem, tentando identificar áreas em que poderia melhorar. Essa introspeção, que envolveu uma avaliação sincera do meu desempenho, tornou-se um motor impulsionador do meu desenvolvimento pessoal e profissional. Reconhecer os pontos fortes e áreas de melhoria possibilitou um crescimento contínuo, permitindo-me aprimorar as competências e oferecer uma intervenção cada vez mais assertiva no cuidado aos pacientes.

Durante a minha experiência clínica na UCI, recordo a aplicação de um processo de enfermagem fundamentado. Por meio desse processo, realizei uma avaliação minuciosa do estado de saúde do paciente, identifiquei áreas de atenção específicas de acordo com as suas necessidades, formulei diagnósticos de enfermagem, implementei intervenções

especializadas e avalei os resultados obtidos. Posteriormente, apresentei e discuti este processo estruturado com os colegas de equipe e com os professores. Essa prática vai ao encontro de uma das competências exigidas para a obtenção de um grau de Mestre, conforme estipulado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, que destaca a importância da habilidade em comunicar conclusões e conhecimentos adquiridos.

Durante a experiência clínica no INEM, surgiu a oportunidade de realizar um trabalho académico, com a subsequente apresentação em forma de webinar. Após colher informações junto dos colegas da equipa na SIV e discutir o projeto com o enfermeiro responsável pela prática clínica do INEM, trabalhei em conjunto com dois colegas da mesma especialidade, que também realizaram as práticas clínicas no mesmo serviço. O tema do nosso trabalho académico foi “Gestão da Taquiarritmia com Recurso a Adenosina: Proposta de Atualização do Algoritmo”. Essa apresentação foi realizada em formato de webinar e contou com a presença de aproximadamente 70 participantes interessados no tema.

Ainda durante a minha prática clínica no INEM, tive a oportunidade de assistir e colaborar no curso destinado à formação de enfermeiros para ingresso nas Equipas de Suporte Imediato de Vida (SIV), especificamente no módulo de trauma. Esta experiência proporcionou-me uma valiosa oportunidade de adquirir conhecimentos relacionados com o atendimento de doentes vítimas de trauma em ambiente extra-hospitalar, contribuindo assim para o meu desenvolvimento profissional.

Ao longo da minha vida profissional tive sempre o foco da minha formação na área do paciente crítico. Tentei ao longo dos anos aprimorar as minhas habilidades e conhecimentos nesse campo. Consciente da complexidade e sensibilidade dos doentes críticos, a minha prática clínica foi fundamentada em evidências científicas.

Foi tendo em conta a importância da formação contínua e da atualização de competências, que ao longo da minha carreira profissional, optei por realizar uma pós-graduação em emergência e cuidados intensivos. Participei em cursos como: Suporte Avançado de Vida (SAV), Curso de Resposta Médica a Grandes Incidentes (MRMI), Suporte Básico de Vida com Desfibrilador Automático Externo (SBV-DAE), curso de Trauma Extra-hospitalar (PHTLS), curso de Trauma extra-hospitalar em cenários táticos, *Tactical Combat Casualty Care* (TCCC), Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), o que me permitiu aprimorar habilidades essenciais para fornecer cuidados especializados fundamentados e conhecimentos atualizados e sólidos.

Assim chego à conclusão e reconheço a vital importância de fornecer respostas rápidas e bem fundamentadas, que sirvam de base para a tomada de decisões ao cuidar dos

pacientes e suas famílias. O ambiente imprevisível e complexo dos serviços com doentes críticos, exige uma ampla gama de habilidades, que incluem a aquisição constante de conhecimento, a capacidade de estabelecer prioridades, a aplicação prática do conhecimento teórico, a habilidade de agir rapidamente em situações de instabilidade e mudança, a posse de conhecimento especializado, a capacidade de identificar e resolver problemas e a demonstração de empatia. Esses elementos são fundamentais para oferecer cuidados especializados aos pacientes e suas famílias nesse contexto desafiador, no qual exerço a minha profissão e pretendo continuar no futuro, com enfermeira especialista.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório proporcionou diversas oportunidades para análise e reflexão profunda sobre o meu trajeto académico e profissional. Esses momentos de autorreflexão foram fundamentais para a aplicação do conhecimento científico especializado adquirido ao longo do meu percurso. Este percurso, teve um impacto notável na minha capacidade de desenvolver competências específicas na área de enfermagem médico cirúrgica, caracterizando-me como futura especialista e mestre em EMC na área da PSC.

Através do percurso efetuado, pude identificar áreas onde aperfeiçoei e desenvolvi competências e oportunidades de crescimento. Essa análise crítica ajudou-me a traçar um caminho mais claro para o futuro, onde continuarei a aplicar o conhecimento e as competências adquiridas de forma a contribuir de maneira significativa para o meu campo de atuação.

Durante o período das práticas clínicas, tive a privilegiada oportunidade de cuidar de pacientes em situações diversas, incluindo vítimas de paragem cardio-respiratória (PCR), entre outras. Essa experiência abrangeu diversos contextos, desde a Unidade de Cuidados Intensivos, passando pela emergência extra-hospitalar. Essa diversidade de cenários proporcionou-me um amplo leque de oportunidades de aprendizagem, enriquecendo significativamente a minha aquisição de competências na área da enfermagem. Cuidar de pacientes vítimas de PCR e outras patologias, em diferentes ambientes de assistência permitiu-me desenvolver uma compreensão profunda das complexidades do cuidar em enfermagem.

A atuação do enfermeiro diante de uma pessoa em situação crítica ou em paragem cardiorrespiratória (PCR), assume uma importância inestimável, uma vez que requer o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas, com o objetivo de assegurar uma intervenção adequada. Diariamente, na minha profissão sou confrontada com essas situações, que, embora possam parecer comuns, estão cercadas por inúmeras dificuldades e preocupações.

A capacidade de resposta rápida e precisa por parte do especialista é essencial para avaliar, estabilizar e prestar cuidados críticos a indivíduos que enfrentam situações de grande gravidade. Isso inclui o domínio de procedimentos avançados de suporte à vida, bem como a habilidade de tomar decisões rápidas e baseadas em evidências em momentos de extrema pressão. A complexidade desses cenários de emergência extra-hospitalar, serviço de

urgência e cuidados intensivos, exige que os enfermeiros estejam bem preparados, atualizados e se mantenham em constante aprendizagem para garantir que possam enfrentar esses desafios com profissionalismo e eficácia, sempre com o objetivo primordial de salvar vidas.

A presença do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica é de suma importância no cuidado à pessoa em situação crítica. A sua relevância reside na sua capacidade de combinar conhecimentos especializados com habilidades práticas para proporcionar cuidados de alta qualidade. Este enfermeiro está especialmente treinado para lidar com as complexidades e os desafios que surgem em situações críticas, tais como a avaliação precisa do estado do paciente, o planeamento de intervenções específicas, gestão de medicação e meios humanos. Além disso, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica é fundamental na coordenação da equipa de saúde, assegurando que todos os membros trabalham em conjunto de forma eficaz para otimizar os resultados do paciente. Ele também desempenha um papel importante na comunicação com a família da pessoa em situação crítica, proporcionando informações claras e apoio emocional durante momentos difíceis.

O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, contribui de forma significativa para a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, desempenhando um papel central na sua recuperação e bem-estar.

Assim o percurso efetuado ao longo deste curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica revelou-se como uma experiência enriquecedora e de vital importância para o meu crescimento tanto pessoal quanto profissional. Essa evolução teve um impacto direto na maneira como abordo a minha prática profissional, assim passei a aplicar boas práticas e demonstrar competências especializadas em todas as etapas do processo de cuidados.

O curso de mestrado também me proporcionou vivências que se traduziram em uma dinâmica de trabalho aperfeiçoada, resultando em benefícios concretos para os pacientes sob os meus cuidados. Aprofundei a minha capacidade de avaliar as necessidades dos pacientes de forma mais precisa, planejar intervenções mais eficazes, implementar cuidados de enfermagem especializados, assim sendo sem dúvida consegui atingir os objetivos a que me propus quando iniciei este caminho.

Essa experiência académica não apenas ampliou o conhecimento teórico, mas também fortaleceu as minhas habilidades práticas e a minha confiança na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. Estou muito grata por esta oportunidade de crescimento,

pois teve um impacto positivo no meu desenvolvimento e na minha capacidade de proporcionar cuidados excelentes aos meus pacientes.

Este relatório não é apenas um documento, mas também um testemunho do meu compromisso com a excelência profissional e académica, e reflete o meu desejo contínuo de aprendizagem. Após este percurso, destaco como desafio mais significativo, a gestão de tempo. Não foi fácil conciliar as aulas com as práticas clínicas, com a vida profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora
- Bernardo, A. R., & Almeida, V. (2009). *Paragem Cardio-Respiratória: Sinais e Sintomas de Pré-Paragem* (Monografia, Escola Superior de Saúde Atlântica). <http://hdl.handle.net/20.500.12253/105>
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2013). *Competência Profissional: A construção de Conceitos, Estratégias desenvolvidas pelos serviços de Saúde e Implicações para a Enfermagem. Texto Contexto Enfermagem*, 22(2), 552-560. <https://www.scielo.br/j/tce/a/tRSmwLZ4rpzSbR5tBp3DhTr/?format=pdf&lang=pt>
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf
- Cristina, J. A., Dalri, M. C. B., Cyrillo, R. M., Saeki, T., & Veiga, E. V. (2009). Vivências de uma equipa multidisciplinar de atendimento extra-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. *Ciencia y Enfermería*, (2), 97-105. <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n2/art12.pdf>
- Cunha, S. M. F. T. P. (2017). *Percursos de prática perita de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos* (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1887/1/Sandra_Cunha.pdf
- Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** I série. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis
- Decreto-Lei n.º 27/2006. **Diário da República**, série I. 3(03-07-2006). Disponível e
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República**, Série I. 157 (16-08-2018). Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República**, série II. 153 (11-08-2014). Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>>

Despacho n.º 10901/2022. **Diário da República**, Série II. 174, 08-09-2022. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>>

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** 2ª série. 102 (27/05/2015). Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República**, 2.ª série. 187 (24-09-2021). Disponível em WWW: <<https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>>

Despacho n.º 4320/2013. **Diário da República** 2ª série. 59 (25-03-2013). Disponível em WWW: <<https://ds3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>>

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf

Direção-geral da saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direcção-Geral da Saúde - **Circular Normativa, N.º 09/DGCG**: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. 2003. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

European Resuscitation Council Guidelines. (2021). Epidemiology of cardiac arrest in Europe, *Resuscitation*, 161. <https://www.cprguidelines.eu/assets/guidelines/European-Resuscitation-Council-Guidelines-2021-Ep.pdf>

- European Resuscitation Council. (2015). *European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care 2015: Section 5*. <https://ercguidelines.elsevierresource.com/european-resuscitation-council-and-european-society-intensive-care-medicine-guidelines-post>
- Faria, F. A.R.A. (2016). *A pessoa adulta vítima de Paragem Cardiorrespiratória: Intervenções Especializadas de Enfermagem* (Relatório de estágio de Mestrado, Escola superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16489>
- Fernandes, D., Baltazar, D., Rabiais, I., & Madureira, M. (2020). Efeitos do controlo de temperatura em doentes após reanimação cardiopulmonar. *Revista científica da UCP*, 12. <http://hdl.handle.net/10400.14/35850>
- Fernandes, O. (2019). *Pelo trilho das competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica: da triagem telefónica e aconselhamento extra-hospitalar aos cuidados intensivo* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/37018>
- Ferreira, J. I. M. (2022). *O atendimento da família da pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos* (Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/3317/1/Joana_Ferreira.pdf
- Figueiredo, F. A. P. (2021). *Catástrofe externa / emergência interna* (Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1366341>
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O sistema de triagem de Manchester e as vias verdes, Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Grupo Português de Triagem. (2021). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

- Henriques, G. (2019). Cuidados Pós-reanimação. *Separata científica*, (12).
https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/18125/1/Lifesaving%20n12_1-8-16.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção: Manual TAS*.
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica: Versão 2.0*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida: Versão 1.0*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *ERC Guidelines 2021: Recomendações para as Equipas Pré-Hospitalares*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/ERC-Guidelines-Recomendacoes.pdf>
- Manuela, N., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel
https://www.researchgate.net/publication/360088996_Investigacao_em_Enfermagem_-_Teoria_e_Pratica
- Matos, I. (2019). *Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny) <http://hdl.handle.net/10400.26/29346>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Moreira, C. S. M. (2015). *A situação de paragem cardiorrespiratória: Experiências dois enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Instituto politécnico de Viana do Castelo).
http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1451/3/Celine_Moreira.pdf
- Negri, F. (2019). *As tecnologias da informação podem revolucionar o cuidado com a Saúde?*. <https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/107-as-tecnologias-da-informacao-podem-revolucionar-o-cuidado-com-a-saude>

- Neto, R., & Brandão, A. (2019). *Síndrome pós-parada cardíaca*. https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7717/sindrome_pos_parada_cardiaca.htm
- Oliveira, J. C. (2012). *Síndrome pós-paragem cardíaca: fisiopatologia, aspetos clínicos, terapêuticos e avaliação do prognóstico a médio e longo prazo*. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/26122/2/Joana%20Oliveira%20TF%20%20ano.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrão de qualidade dos Cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*, <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar*, <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de doentes críticos adultos: recomendações*. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Padilha, K. G., & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 39(2). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Pazin Filho, A., Santos, J. C., Castro, R. B. P., Bueno, C. D. F., & Schmidt, S. (2003). Parada cardiorrespiratória (PCR). *Medicina Ribeirão Preto*, 36, 163-178. <https://revistas.usp.br/rmrp/article/download/543/740>
- Pereira, N. R., & Andrade, P. A. (2020). A Prevenção e Controlo de Infecção: Um Esforço Conjunto. *Gazeta Médica*, 2(7). <http://www.gazetamedica.com/index.php/gazeta/article/view/361>
- Pinto, S. N. S. T. (2012). *Hipotermia Terapêutica na Paragem Cardiorrespiratória*. <https://core.ac.uk/download/pdf/302931931.pdf>

Regulamento n.º 124/2011. **Diário da República**, 2.ª série. 35 (18-02-2011). Disponível em
WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>>

Regulamento n.º 190/2015. **Diário da república** 2.ª série. 79 (23-04-2015). Disponível em:
WWW: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910.pdf>>

Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República**, série II. 123 (26-06-2015). Disponível em
WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>>

Regulamento n.º 428/2018. **Diário da república** 2.ª série. 135 (16-07-2018). Disponível em
WWW: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>>

Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República**, 2.ª série. 135 (16-07-2018). Disponível
em WWW: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>>

Regulamento n.º 658/2016. **Diário da República** Série II. 133 (13-07-2016). Disponível em
WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/658-2016-74931900>>

Regulamento n.º 743/2019. **Diário da república** II série. 184 (25-09-2019). Disponível em
WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>>

Regulamento nº 140/2019. **Diário da república** 2.ª série. 26 (06-02-2019). Disponível em
WWW: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>>

Reis, C. M. O. (2021). *Um percurso para a enfermagem avançada* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde).
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34717/1/202743683.pdf>frEIS

Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, (14).
<https://www.redalyc.org/journal/3882/388255675011/388255675011.pdf>

Sá, H. F. G. G. (2022). *Quando uma paragem cardiorrespiratória não é o fim: A intervenção especializada de enfermagem nos cuidados pós-reanimação* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44496/1/MEPSC_10452_original.pdf

- Salim, T. R. (2023). Análise de Desfechos após Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.
<https://www.scielo.br/j/abc/a/WYr3qm56MHW4pmwV3MnKcXk/#>
- Silva, R. E. L. (2018). *Prognóstico do doente após paragem cardíaca* (Tese de Mestrado, Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar). Universidade do Porto.
https://sigarra.up.pt/fcup/en/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=276074
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (n.d.). *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*.
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Teixeira, J., & Silvia, M. A. (2023). Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1056-1072.
https://www.researchgate.net/publication/367163887_Monitorizacao_e_avaliacao_da_dor_na_pessoa_em_situacao_critica_uma_revisao_integrativa_de_literatura
- Wilson, L., Kim, B., Lindsay, D., Nelson, N. R., Temkin, J. T., Giacino, A. J., Markowitz, A. M., David, K. M., Graham, T., & Geoffrey, T. M. (2021). Manual para a Escala de Resultados de Glasgow-Entrevista Estendida. *Jornal de Neurotrauma*, 38(17), 2435–2446. <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portugual>

