



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Uniformização dos Cuidados de Enfermagem Pós-Reanimação à Pessoa Vítima de PCR

Helena Isabel Costa Chainho Pereira

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Uniformização dos Cuidados de Enfermagem Pós-Reanimação à Pessoa Vítima de PCR

Helena Isabel Costa Chainho Pereira

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em
Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

AGRADECIMENTOS

Este relatório emerge de uma longa caminhada pautada por grandes realizações assim como, por alguns momentos de angústia. Estes momentos foram ultrapassados com o apoio e amizade de todos os que em mim acreditaram e a quem deixo aqui a minha sincera gratidão.

A algumas delas pelo apoio especial que me prestaram no decurso desta etapa, gostaria de agradecer especialmente:

À Professora Mariana Pereira, um muito obrigado pela orientação, motivação e disponibilidade. O seu apoio incondicional veio reforçar os meus sentimentos de respeito, admiração e carinho. Foi uma verdadeira madrinha nesta longa etapa.

À professora Alice Ruivo e ao Professor Adriano Pedro, pela ajuda, disponibilidade e orientação. Foram essenciais para a conclusão deste percurso.

Aos meus pais por todo o carinho e dedicação.

Aos meus filhos, Guilherme e Matilde, pelo amor incondicional e por todos os momentos de ausências nas suas brincadeiras.

Ao Ricardo, pelos momentos de ausência e indisponibilidade.

Aos meus colegas de Mestrado, Rafael e Pedro, que me incentivaram a ultrapassar os desafios impostos neste percurso.

Às minhas colegas e amigas, Ana Rita, Raquel, Filipa e Ana Nunes, pelo ânimo e disponibilidade para serem minhas confidentes nas etapas mais difíceis.

RESUMO

O Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica culmina na elaboração do Relatório de Estágio Final. O relatório visa a reflexão crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas no Estágio Final, onde se destaca o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção. O Estágio Final decorreu num Serviço de Medicina Intensiva, sendo que o projeto teve como tema central os cuidados pós-reanimação.

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é a emergência clínica mais grave e com pior prognóstico, embora possa ser revertida. A evidência revela que a qualidade dos cuidados pós-PCR têm potencial para incrementar a taxa de sobrevivência.

Neste sentido, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção, assente na metodologia de Projeto e fundamentado com recurso ao Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência, com o intuito de dar resposta à carência de uniformização de procedimentos de enfermagem à pessoa em situação crítica após o retorno da circulação espontânea, e simultaneamente com o objetivo de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Foi ainda realizada formação aos enfermeiros e elaborada uma proposta de norma de procedimento de cuidados de enfermagem pós-PCR.

A realização deste documento permitiu ainda refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem, ao longo do percurso formativo.

Palavras-chave: Cuidados Pós-PCR, Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem Médico-Cirúrgica

ABSTRACT

The Master's degree in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation culminates in the preparation of the Final Internship Report. The report aims at a critical and well-founded reflection on the activities developed during the Final Internship, highlighting the development of an Intervention Project. The Final Internship took place in an Intensive Care Medicine Service, with the central theme of the project being post-resuscitation care.

Cardiopulmonary Arrest (CPA) is the most severe clinical emergency with the worst prognosis, although it can be reversed. Evidence reveals that the quality of post-CPA care has the potential to increase survival rates

In this sense, an Intervention Project was developed based on Project methodology and grounded using the Model for Evidence-Based Practice Change, aiming to address the lack of standardization of nursing procedures for individuals in critical condition after the return of spontaneous circulation. Simultaneously, the project aimed to improve the quality and safety of nursing care. Training was provided to nurses, and a proposal for a post-CPA nursing care procedure standard was developed.

The completion of this document also allowed for reflection on the process of acquiring and developing common nursing specialist competencies, specific to the specialist nurse in medical-surgical nursing: the person in critical situation, and master's level nursing competencies throughout the training journey.

Keywords: Post-resuscitation care; Person in Critical Condition; Medical-Surgical Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACES	– Agrupamentos de Centros de Saúde
AESES	– Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde
AHA	– American Heart Association
AO	– Assistente Operacional
APA	– American Psychological Association
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
BIS	– Índice Bispectral
BPS	– Behavioral Pain Scale
BSAS	– Bedside Shivering Assesment Scale
° C	– Grau Celsius
CA	– Conselho de Administração
CDT	– Controlo Direcionado de Temperatura
CH	– Centro Hospitalar
CHD	– Centro Hospitalar Distrital
CHKS	– <i>Caspe Healthcare Knowledge Systems</i>
CNPBCI	– Companhia Nacional das Precauções Básicas do Controlo de Infecção
CO₂	– Dióxido de Carbono
COVID-19	– Coronavirus Disease 2019
DAE	– Disfibrilhador Automático Externo
DGS	– Direção-Geral da Saúde
DOI	– Digital Object Identifier
DPOC	– Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DQS	– Departamento da Qualidade na Saúde
EAM	– Enfarte Agudo do Miocárdio
EAMST	– Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST
ECG	– Eletrocardiograma
EE	– Enfermeiro Especialista
EEG	– Eletroencefalograma
EEMI	– Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
EMC	– Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPE	– Entidade Pública Empresarial
EPI	– Equipamento de Proteção Individual
EPVA	– Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto
ERC	– European Resuscitation Council

FiO₂ – Fração de Oxigénio Inspirado

GC – Gabinete de Crise

GCL – Grupo de Coordenação Local

GCLCIPRA – Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção de Resistências aos Anti-microbianos

GCR – Grupo de Coordenação Regional

GIARC – Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico

HT – Hipotermia Terapêutica

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – International Trauma Life Support

JBI – Joanna Briggs Institute

L/min – Litros por minuto

mg/dl – miligrama por decilitro

MI – Medicina Intensiva

ml/h – mililitro por hora

mmHg – milímetros de mercúrio

MIMPBE – Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências

MRSA – Staphylococcus aureus resistente à metilicina

NAS – *Nursing Activities Score*

NEWS – *National Early Warnig Score*

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PaCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PAM – Pressão Arterial Média

PaO₂ – Pressão Parcial Arterial de Oxigénio

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada nas Evidências

PCE – Plano de Catástrofe Externa

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência dos microrganismos aos antimicrobianos

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

RCE – Recuperação da circulação Espontânea

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SARS-CoV-2 – Severe acute respiratory syndrome- coronavírus 2

SBV – Suporte Básico de Vida

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

ScR – Scóping Review

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SpO₂ – Saturação periférica de Oxigênio

SPPCR – Síndrome Pós-Paragem Cardiorrespiratória

START – Simple Triage And Rapid Treatment

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAC-CE – Tomografia axial computorizada crânioencefálica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidades de Cuidados Continuados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	18
1.1. MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	19
1.2. QUALIDADE EM SAÚDE E A SEGURANÇA DOS CUIDADOS.....	26
1.3. A PESSOA ADULTA VÍTIMA DE PCR.....	30
1.3.1. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA	33
1.4. SÍNDROME PÓS-PCR	36
1.4.1. SPPCR: LESÃO CEREBRAL PÓS-PCR	37
1.4.2. SPPCR: DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA PÓS-PCR.....	37
1.4.3. SPPCR: RESPOSTA SISTÊMICA DE ISQUEMIA/REPERFUSÃO	38
1.4.4. SPPCR: PATOLOGIA PRECIPITANTE PERSISTENTE	38
1.5. CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO	39
1.5.1. DIAGNÓSTICO DA CAUSA DA PCR	42
1.5.2. VIA AÉREA E RESPIRAÇÃO	42
1.5.3. CIRCULAÇÃO.....	44
1.5.4. OTIMIZAÇÃO DA RECUPERAÇÃO NEUROLÓGICA.....	45
1.5.5. GESTÃO DE CUIDADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	48
1.5.6. PROGNÓSTICO PÓS-PCR	49
2. APRECIACÃO DO CONTEXTO	51
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DISTRITAL	51
2.2. SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS	52
2.2.1. SCI: ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAMENTO	54
2.2.2. SCI: RECURSOS HUMANOS.....	55
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	58
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	59
3.1.1. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	60
3.1.2. DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS PARCELAIS.....	63
3.1.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	63
3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	64
3.3. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO.....	64
3.3.1. ELABORAR UMA PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PÓS-REANIMAÇÃO	65
3.3.2. APRESENTAR A PROPOSTA DE NORMA E GUIDELINES À EQUIPA DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO	66
3.3.3. IMPLEMENTAR A NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO.....	68
3.4. AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO.....	69
4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	72
4.1. AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	75
4.1.1. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	76
4.1.2. COMPETÊNCIA DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	80
4.1.3. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	86
4.1.4. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	92

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO DE EMC PSC	96
4.2.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	97
4.2.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO 103	
4.2.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE 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	110
CONCLUSÃO.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
APÊNDICES.....	131
APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	132
APÊNDICE II – PROPOSTA DA NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PÓS-REANIMAÇÃO	134
APÊNDICE III – CHECKLIST DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE APÓS RCE	140
APÊNDICE IV– PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	142
APÊNDICE V– PROJETO DE COMPETÊNCIAS	145
APÊNDICE VI– RESUMO DO ARTIGO “UNIFORMIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PÓS-REANIMAÇÃO À PESSOA VÍTIMA DE PCR	160

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Etapas MMPBE	21
FIGURA 2 - Cadeia de Sobrevivência	33
FIGURA 3 - Algoritmo de Cuidados Pós-PCR	40
FIGURA 4 - Prognóstico Pós-PCR: Abordagem multimodal	49

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Definição de Cuidados de Saúde de Qualidade	27
TABELA 2 - Efeitos adversos decorrentes da diminuição da temperatura corporal	48
TABELA 3 - Análise SWOT	62

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular (UC) Relatório, surge no âmbito do 3º semestre do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, em associação com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. O Curso de Mestrado em Enfermagem encontra-se devidamente regulamentado em Diário da República, n.º 145, 2ª Série, pelo Aviso n.º 16126/2019 de 10 de outubro de 2019 (Diário da República, 2019).

A realização do relatório tem como objetivo a obtenção do grau de mestre, na vertente da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, após discussão pública e respetiva aprovação. Este consiste num trabalho de descrição e reflexão crítica e fundamentada sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de Estágio, destacando a forma como o percurso formativo contribuiu no processo de aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem. Para a UC Relatório foram delineados os seguintes objetivos a desenvolver pelo estudante, que seguidamente se enumeram: (1) evidenciar a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas; (2) fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica; (3) descrever e avaliar o desenho e a implementação de projeto de intervenção e (4) apresentar um relatório para provas públicas (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES], 2023a).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 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” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série, p.19362). Deste modo, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e 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” (Regulamento nº

429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série, p.19362). De forma a assegurar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, realizou-se o Estágio Final, com a duração de 18 semanas (entre 31 de janeiro a 5 de junho de 2022), numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). De ressalvar o estágio em contexto de prática clínica no Laboratório de Hemodinâmica e Intervenção Coronária de um Centro Hospitalar, realizado como estágio do 1º ano de mestrado, que contribuiu igualmente para a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e para aquisição de competências de mestre, previstas pelo Decreto-Lei nº63/2016 e pelo Decreto-Lei nº115/2013.

O Estágio Final encontra-se centrado na articulação e na integração de conteúdos das diferentes unidades curriculares desenvolvidas ao longo do curso. No seu todo, “configura um conjunto de saberes a mobilizar pelo estudante nas atividades a realizar durante a sua prática clínica, desenvolvida em contexto real de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (AESES, 2023b, p.2). Os objetivos delineados para o Estágio final, encontram-se em consonância com as competências comuns do Enfermeiro Especialista e com as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Desta forma, espera-se que o estudante: integre princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; desenvolva a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento; saiba gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; colabore em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações; participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; participe no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas; demonstre uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo (AESES, 2023b).

No decorrer do Estágio Final foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), utilizando como meio para tal a metodologia de projeto, subordinado ao seguinte tema: “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem Pós-Reanimação à Pessoa Vítima de PCR”. Este tema surgiu após identificação de necessidade de intervenção na UCI. Os cuidados pós-reanimação foram incluídos na cadeia de sobrevivência pela American Heart Association (AHA) na

edição de 2010 e consiste numa temática com crescente importância, tendo em conta que, a evidência reconhece que os cuidados pós-PCR têm potencial significativo de contribuir para a redução da mortalidade precoce causada por instabilidade hemodinâmica, além de morbidade e mortalidade posteriores ocasionadas por falência de vários órgãos e por lesão cerebral (AHA, 2021a). Assim sendo, esta é uma temática sensível aos cuidados de enfermagem, com enfoque nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, cuja operacionalização irá proporcionar ganhos em saúde e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Por forma a suportar a intervenção de enfermagem especializada na melhor e mais recente evidência, foi realizado um mapeamento da literatura cinzenta e bases de dados, seguindo-se uma *Scoping review*, na qual foi utilizado protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI).

A temática em destaque no presente relatório enquadra-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, proposta para este mestrado, o que vai ao encontro das Competências do Domínio da Melhoria Continua da Qualidade do Enfermeiro Especialista, mais concretamente Competência B2, cujo descritivo refere : “O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função do seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria continua” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº 26, 2ª série, p. 4747). Pelo evidente enquadramento na área da pessoa em situação crítica e para o processo de desenvolvimento de competências baseadas em evidência e execução do projeto de intervenção, o Modelo Teórico para Mudança da Prática Baseada em Evidências teve especial destaque.

Tendo em conta o descrito anteriormente, os objetivos específicos deste relatório apresentam em: apresentar o quadro teórico e concetual que constituiu o pilar deste relatório; realizar uma apreciação do contexto clínico em que decorreu o estágio; descrever pormenorizada-mente o projeto de intervenção em serviço delineado de acordo com uma problemática identificada, no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, sustentada na aplicação da metodologia de trabalho de projeto; e analisar reflexivamente o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica e competências de Mestre em Enfermagem.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos principais. O primeiro capítulo consta do enquadramento concetual e teórico, direcionado para a temática central do PIS, os cuidados pós-reanimação, onde apresentamos o Modelo Teórico para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, bem como, os conceitos teóricos

selecionados para contextualizar a temática, com base na evidência científica disponível. O segundo capítulo engloba a caracterização do contexto no qual decorreu o estágio final e onde foi desenvolvido o PIS, enquadrando a instituição hospitalar, e fazendo referência aos aspetos relativos à estrutura física, recursos humanos e à dinâmica funcional do respetivo serviço. O terceiro capítulo é constituído pela apresentação do PIS, nomeadamente explicitando o diagnóstico de situação, o seu planeamento, execução e avaliação. Relativamente ao quarto capítulo, este consiste na reflexão e análise crítica sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências previstas, com especial enfoque nas experiências vivenciadas no decurso do estágio final. Após a análise das competências adquiridas surge a conclusão que aborda o percurso académico realizado, assim como as principais aprendizagens e dificuldades encontradas. Por último pode ser consultado um conjunto de Apêndices, que integram este relatório, com documentos que contribuíram para a execução do mesmo.

O relatório encontra-se organizado de acordo com as regras dispostas no Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, bem como das orientações emanadas no documento de planeamento do Estágio Final e do Relatório, referentes à área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica. A sua elaboração encontra-se de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e as normas de referência bibliográfica da American Psychological Association (APA), 7ª edição

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual constitui uma parte fundamental de qualquer processo de investigação e caracteriza-se pela definição de um tema ou um domínio de investigação, tendo início quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua investigação. As necessidades de estudo do investigador podem resultar das suas preocupações pessoais, da literatura ou da observação diária sobre determinado problema e/ou prática. Segundo Fortin (1999, p.39), conceptualizar corresponde a “um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo”. É, igualmente, no decurso da fase conceptual que se define o modelo teórico que irá orientar o desenvolvimento do projeto (Alligood & Tomey, 2011).

A sustentação teórica é fundamental para o progresso da enfermagem, sendo emergente centrar as atividades profissionais em fundamentos teóricos que, para além de aumentarem o carácter disciplinar da enfermagem, irão promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Silva, 2018). Segundo os autores mencionados, os modelos e as teorias de enfermagem são “uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) expõe” (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Silva, 2018, p.40). Para Saleh (2018), a prestação de cuidados de enfermagem eficazes, eficientes e holísticos, dependem de sólidos princípios teóricos para desenvolver o plano de cuidados, pelo que se deve colocar a prática guiada pela teoria no core da enfermagem.

Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica, são complexos e altamente qualificados pelo que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, deve nortear a sua prática com base nos padrões de qualidade dos cuidados especializados da sua área. Desta forma, verifica-se que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2015a, p.17243), para tal revela-se fulcral “a existência de um quadro de referências para o exercício profissional do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica”, bem como “a revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica” (OE, 2015a, p.17243). Neste sentido, foi selecionado como referencial teórico o Modelo Teórico para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee

(2011), por ser aquele que se encontra em consonância com a fundamentação conceitual da temática escolhida.

Tendo em conta o descrito, os objetivos do presente capítulo consistem em apresentar o modelo teórico na base do desenvolvimento deste relatório e que será seguidamente abordado. Posteriormente irão ser abordados os conceitos relativos à qualidade em saúde e segurança dos cuidados, conceitos basilares na linha de trabalho proposta, e para finalizar será realizada uma abordagem aos cuidados à pessoa adulta vítima de Paragem Cardiorrespiratória, com especial enfoque nos cuidados pós-reanimação, temática sobre a qual recai o PIS.

1.1. MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Os enfermeiros desenvolvem a sua prática visando a excelência dos cuidados desde que, Florence Nightingale começou a estudar os resultados dos planos de cuidados prestados ao doente, no ano de 1860. Subsequentemente, os profissionais de saúde têm desenvolvido múltiplas iniciativas com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado (Larrabee, 2011). Segundo Saleh (2018), a prática guiada pela teoria é o futuro da enfermagem sendo essencial buscar fundamentos teóricos para a abordagem das questões atuais da saúde e da enfermagem.

No que concerne à prática de enfermagem baseada na evidência, esta emerge de um eixo estruturante da sistematização do saber produzido, em que o objetivo consiste em planejar e implementar cuidados de enfermagem que integrem a melhor evidência científica disponível. Este conceito abrange, portanto, o conhecimento da fisiopatologia, o conhecimento de questões psicossociais e, as preferências e valores dos doentes em relação à tomada de decisão dos seus processos terapêuticos (Fonseca, et al., 2012).

Tendo em conta o descrito, a prática baseada em evidência tem vindo a ganhar enfoque e para Larrabee (2011), embora a PBE seja uma iniciativa recente, encontra-se comprovada a sua eficácia em melhorar a qualidade do cuidado e consequentemente alcançar melhores resultados no doente, ou seja, com evidentes ganhos em saúde.

A versão original do Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências (MMPBE), desenvolvido em 1999 por Rosswurm & Larrabee, baseava-se em literatura teórica e empírica sobre a teoria da mudança, a utilização da pesquisa e a prática baseada em evidências. Rosswurm & Larrabee (1999) através da criação deste modelo teórico, orientaram os enfermeiros

e outros profissionais de saúde, a alterar a sua prática tradicional e orientada pela intuição para uma prática baseada na evidência resultando, essencialmente, de uma combinação de dados quantitativos e qualitativos, experiência clínica e evidências contextuais. Desde a sua publicação, o modelo original foi aplicado por enfermeiros e outros profissionais de áreas distintas, em diferentes contextos. Com base na experiência de Larrabee e na orientação de enfermeiros na aplicação do modelo, emergiu a necessidade de efetuar a revisão do modelo original, por forma a aprimorar o desenvolvimento de programas de melhoria contínua, incorporando, na versão revista, conceitos referentes à qualidade dos cuidados de enfermagem (Larrabee, 2011).

Assim sendo, o MMPBE consiste na “utilização simultânea da “experiência clínica” e da “melhor evidência clínica externa advinda da pesquisa sistemática” para guiar a tomada de decisão clínica e simultaneamente considerar os valores do paciente” (Larrabee, 2011, p.24).

Com base no descrito, podemos concluir que, o MMPBE tem uma utilidade importante na identificação da necessidade de mudança e na pesquisa e seleção da melhor evidência disponível, bem como no planeamento, integração e manutenção das práticas baseadas nessas evidências para que através da sua aplicabilidade decorra uma melhoria dos cuidados prestados. Larrabee (2011) refere que o MMPBE compreende 6 etapas que, apesar de serem progressivas, podem não ser seguidas de forma linear. As referidas etapas irão ser descritas em seguida e podem ser consultadas no esquema ilustrado na Figura 1, que seguidamente se apresenta.

FIGURA 1 - Etapas MMPBE



Fonte: Larrabee, 2011

As etapas estabelecidas por Larrabee (2011) no MMPBE contemplam:

Etapa 1 - avaliar a necessidade de mudança da prática

A primeira etapa do MMPBE consiste em avaliar a necessidade de mudança da prática (incluir as partes interessadas – *stakeholders*¹ -, colher dados internos sobre a prática atual, comparar dados externos com dados internos, identificar o problema, fazer a ligação entre o problema, as intervenções e os resultados esperados; para isso deve recorrer-se a sistemas de classificação e de linguagem padronizados). Nesta etapa juntam-se as partes interessadas e é necessário selecionar o problema clínico/ foco do projeto. Considera-se que o início de um projeto pode ser desencadeado por vários fatores, como por exemplo, “um relatório trimestral de eventos adversos ou a ocorrência de um evento sentinela” (Larrabee, 2011, p.34), ou a comparação

¹ *Stakeholders* - “Pessoas que têm interesse no resultado de uma prática de saúde”. Podem incluir os doentes, famílias, profissionais de saúde, líderes e outros trabalhadores do sistema de saúde (Larrabee, 2011, p.241).

entre dados internos com externos ou o *benchmarking*. Isto permite à equipa identificar oportunidades para melhoria, determinar metas, definir indicadores de processo e resultados, procurar as melhores evidências, identificar tipos e fontes de evidências, rever os conceitos de pesquisa, planejar a pesquisa e a revisão.

Etapla 2 - localizar as melhores evidências

Na segunda fase do MMPBE, as principais atividades consistem em identificar o tipo e as fontes de evidência, rever os conceitos das pesquisas, planejar e executar a pesquisa. “Estão incluídos os instrumentos para avaliação crítica de estudos qualitativos e quantitativos, *guidelines* de prática clínica e revisões sistemáticas. Também estão incluídos exemplos de tabela de evidências ou matriz para organizar os dados sobre os estudos antes de fazer a síntese” (Larrabee, 2011, p. 35).

Etapla 3 - fazer uma análise crítica das evidências

Na terceira etapa, descrevem-se como principais atividades: a análise crítica e avaliação das evidências; sintetizar as melhores evidências e avaliar a viabilidade, os benefícios e os riscos da nova prática (Larrabee, 2011). É nesta fase que o problema, as potenciais intervenções e os resultados desejados se tomam como as principais variáveis para a pesquisa de revisão da literatura, devendo os profissionais avaliar os respetivos estudos e identificar lacunas e/ou conflitos no conhecimento que se encontra disponível (Rosswurm & Larrabee, 1999)

Etapla 4 - projetar a mudança na prática

A quarta etapa do modelo teórico de Larrabee, consiste em projetar a mudança da prática: definir a mudança proposta, identificar os recursos necessários, projetar a implementação e avaliação. Nesta fase é fundamental projetar o plano de *marketing*, onde a equipa deve considerar todos os mecanismos práticos para disseminarem informações que estiverem disponíveis na organização. “As estratégias de mudança incluem a utilização de líderes de mudança, líderes de opinião, sessões educativas, sistema de lembretes, auditoria e *feedback*” (Larrabee, 2011, p. 36).

Etapla 5 - implementar e avaliar a mudança da prática

Nesta etapa as principais atividades incluem a implementação do estudo-piloto, avaliação periódica do processo, dos resultados e dos custos; e desenvolvimento de conclusões e recomendações (Larrabee, 2011). A implementação do estudo-piloto tem maior probabilidade de ser bem-sucedido se o coordenador do mesmo acompanhar de forma próxima e direta todo o

processo, mantendo-se disponível para todos os esclarecimentos que possam surgir pelos profissionais abrangidos. Após se encontrar ativo o protocolo e o tempo previamente designado, deverão ser realizadas diversas pesquisas (a doentes e funcionários), onde os dados devem ser submetidos a análise e posteriormente divulgados de forma gráfica, facilitando a interpretação dos mesmos. Efetuada a análise, os profissionais concluirão se existiu ou não uma diferença substancial nos indicadores prévia ou posteriormente à realização do estudo, não devendo esquecer que os resultados podem ser condicionados por múltiplos fatores, inclusivamente, as características dos doentes e da respetiva equipa (Rosswurm & Larrabee, 1999).

Etapas 6 - integrar e manter a mudança na prática

A sexta e última etapa, consiste em comunicar a mudança recomendada às partes interessadas, integrar a nova prática, monitorizar periodicamente o processo e os resultados e disseminar os resultados do projeto de mudança (Larrabee, 2011). Admitindo que uma pequena mudança poderá desencadear um efeito sequencial, as pessoas afetadas a essa mudança, podem perspetivar esta realidade como perturbadora. Desta forma, é fundamental perceber o clima de cultura organizacional sempre que novas medidas estejam para ser tomadas para implementação de uma nova prática e que as partes interessadas estejam sempre presentes nas diversas etapas deste modelo (Rosswurm & Larrabee, 1999). A aceitação dos detalhes e dos processos de aprovação organizacionais permite uma rápida e subtil mudança nos padrões de atendimento da organização. Os líderes informais necessitam de colaborar no processo de difusão, assim como na formação contínua, apresentando-se a formação em serviço como um veículo facilitador de mudanças de comportamento dos profissionais que reforça a implementação da nova prática baseada na evidência. Em suma, atualmente verifica-se uma mudança de paradigma na atuação dos profissionais de saúde, com práticas baseadas na evidência e, consequentemente, com uma melhoria da qualidade do atendimento do doente e da tomada de decisão (Rosswurm & Larrabee, 1999).

As etapas descritas por Larrabee não são estritamente lineares, sendo o MMPBE considerado como um modelo versátil, pois sempre que necessário, pode-se retornar a etapas anteriores, dado que “as atividades de cada etapa podem gerar atividades de outra etapa” (Larrabee, 2011, p.37). Apesar do MMPBE apresentar uma elevada utilidade para a prática de enfermagem, torna-se importante examinar o mesmo à luz dos critérios de avaliação e análise das teorias de

enfermagem propostos por Fawcett (2005), concretamente: significância, consistência interna, parcimónia, adequação pragmática e testabilidade.

Desta forma, constata-se que o MMPBE demonstra significância uma vez que, se trata de um modelo teórico centrado no doente e que promove a investigação em saúde na procura constante da melhor evidência científica tendo como principal objetivo a melhoria contínua dos cuidados, tornando-se fundamental para a Enfermagem enquanto profissão e disciplina do conhecimento. Consiste num modelo estruturado em etapas sequenciais, cujo conteúdo é preciso, sendo a correlação entre as mesmas descrita com clareza e consistência semântica, o que demonstra consistência interna e parcimónia.

No que concerne à adequação pragmática e testabilidade, o MMPBE é considerado de extrema utilidade tendo sido testado e aplicado por enfermeiros e outros profissionais de saúde, em diferentes contextos de cuidados, com resultados positivos para os doentes, enfermeiros e instituições, constituindo-se por isso, um valioso instrumento na orientação da mudança da prática e resolução de problemas. Entre os projetos implementados, que utilizaram o MMPBE e conduziram à mudança da prática e concomitantemente à melhoria dos cuidados, salientamos alguns que foram direcionados para o doente crítico, nomeadamente: cuidados de higiene oral no doente crítico; avaliação da sedação do doente adulto internado em Unidades de Cuidados Intensivos; estratégias para diminuir a contaminação de nutrição entérica; utilização de solução salina antes da aspiração traqueal (Larrabee, 2011).

Tendo em conta o descrito, conclui-se que o MMPBE se reveste de utilidade, tanto na prática clínica como na investigação, promovendo a procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados, sendo um modelo com adequação ao contexto da prestação de cuidados ao doente crítico, o que fundamenta a escolha deste modelo teórico como linha orientadora do PIS desenvolvido no decurso do Estágio Final.

Os distintos modelos teóricos de Enfermagem, apesar da sua especificidade, partilham aspetos comuns uma vez que combinam a visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, na relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa cuidada (Pais Ribeiro, 2010). A representação da complexidade da Enfermagem é comum na generalidade dos modelos teóricos. No entanto, ao fazer uma análise dos registos de várias teóricas de Enfermagem, Fawcett constatou que os conceitos saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem se encontravam presentes de forma explícita na generalidade das teorias, e quando tal não

acontecia, existia uma alusão implícita. Desta constatação, deduz-se que a Enfermagem resulta da “forma particular como os enfermeiros abordam a relação entre os cuidados, a pessoa, a saúde e o ambiente” (Kérouac, et al., 2017, p.2), pelo que a análise dos diferentes modelos de Enfermagem deverá ser efetuada à luz destes conceitos, uma vez que são transversais a todos eles.

Estes conceitos matapadigmáticos também se encontram definidos pela OE, e constituem-se como os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Tendo em conta que o MMPBE não apresenta conceitos metaparadigmáticos, uma vez que se constitui como uma teoria de médio alcance, iremos assim utilizar os referenciados pela Ordem dos Enfermeiros – saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Eunciamos resumidamente as definições que defendemos para este enquadramento:

Saúde é definida como “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença” (OE, 2001, p. 8).

A **Pessoa** é “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p. 8). As pessoas interagem de forma constante com o ambiente e procuram alcançar melhores níveis de saúde (OE, 2001).

O **ambiente** é “constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001, p. 9-10). Os cuidados de Enfermagem devem ser, desta forma, focados na complexa interdependência que existe entre a pessoa e o ambiente (OE, 2001).

Os **cuidados de Enfermagem** são centrados “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2001, p.10). O enfermeiro e a pessoa cliente dos cuidados de enfermagem “possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (OE, 2001, p.10). No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro identifica-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os

outros num prisma multicultural, procurando-se abster de juízos de valor relativamente à pessoa. Desta forma, os cuidados de Enfermagem pretendem garantir “a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2001, p.11), com integração das capacidades da pessoa e a valorização do seu papel para esse efeito, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes (OE, 2001).

1.2. QUALIDADE EM SAÚDE E A SEGURANÇA DOS CUIDADOS

O conceito de qualidade tem sido amplamente difundido e aplicado em diversos contextos, sendo acolhido por vários sistemas organizativos do mundo. Tendo em conta esta conjuntura, resulta num termo complexo, cuja definição varia conforme o cenário. Assim, até à data, não existe uma definição que seja universalmente aceite, embora exista um entendimento comumente partilhado de conceitos básicos e dimensões da definição (OMS, 2020). No seio da comunidade mundial da saúde, tem sido especialmente adotada a definição proposta pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, que assume a qualidade como a “medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (OMS, 2020, p.13). A definição mencionada, estabelece como objetivo primário a influência positiva nos resultados em saúde, tanto a nível individual como da população, realçando a importância central das evidências e dos conhecimentos profissionais. Além do referido, o Instituto de Medicina, estabelece seis dimensões gerais, ou finalidades, da qualidade, declarando que os cuidados devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos. Este conjunto de dimensões ou atributos foi adotado e adaptado por diversos países.

No ano de 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu de modo semelhante os conceitos básicos da qualidade, ao declarar que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros. Significativamente, esta definição apresenta a dimensão de “acessíveis” como uma finalidade mais ampla do que apenas “oportunos”. Mais recentemente, a OMS descreveu “cuidados de alta qualidade” como sendo “cuidados que são seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados” (OMS, 2020, p.13). E, obviamente, o acesso aos serviços de saúde realça todos os esforços de qualidade, especialmente na era da cobertura universal de saúde e da propensão para a equidade e proteção financeira das populações.

Na Tabela 1, seguidamente representada, podem ser consultados os principais componentes das definições de cuidados de saúde de qualidade.

TABELA 1 - Definição de Cuidados de Saúde de Qualidade

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE	
Os serviços de saúde de qualidade em todo o mundo devem ser:	Eficazes: através da prestação de cuidados de saúde baseados na evidência a todos aqueles que necessitam. Seguros: ao evitar prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam. Centrados nas pessoas: prestar cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos
Para que os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser:	Oportunos: através da redução dos tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados. Equitativos: garantindo a prestação de cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política. Integrados: prestando cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida. Eficientes: maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício.

Fonte: Adaptado de OMS (2020)

No panorama nacional, o conceito de qualidade em saúde, foi primariamente definido no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que se refere à qualidade em saúde como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (DGS, 2013a, p.45).

O reconhecimento da importância da qualidade em saúde conduziu à constituição em 2009 do Departamento da Qualidade na Saúde (Portaria 155/2009), afiliado à Direção-Geral da Saúde, cuja competência consiste em: coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, os programas e atividades de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, de assegurar o sistema de qualificação de unidades de saúde e dos programas de promoção da segurança dos doentes, para além da vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença, da coordenação de fluxos de mobilidade internacional de doentes, da gestão dos sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde e da inovação em saúde (DGS, 2013b).

A segurança dos doentes é encarada, desde há muito, como um ponto de acesso dos esforços para melhorar a qualidade dos cuidados, podendo os cuidados seguros ser considerados como um barómetro do sucesso do sistema básico para melhorar a qualidade. Verifica-se então, que a segurança e a qualidade dos cuidados encontram-se intrinsecamente interligados sendo fatores indissociáveis, na medida em que a segurança é considerada indispensável para que sejam prestados cuidados de qualidade.

A temática da segurança do doente tornou-se, nas últimas duas décadas, uma questão central nas agendas de muitos países da Europa e um pouco por todo o Mundo, sendo atualmente reconhecido como uma componente fundamental da qualidade na saúde. A mudança constante das condições de trabalho (doentes mais complexos, rotação de profissionais, evolução tecnológica permanente), associada a um nível de exigência cada vez maior dos utilizadores do sistema de saúde, pode ameaçar o funcionamento da melhor equipa e a excelência do melhor profissional. Assim, os aspetos associados à segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, têm assumido uma crescente preocupação para as organizações de saúde, para os decisores políticos, para os profissionais de saúde, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível, como para os doentes e suas famílias que desejam sentir-se confiantes e seguros (Mendes & Barroso, 2014). O conceito de segurança do doente é definido pela OMS como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011, p.14), pois a evidência tem explanado que os erros são uma constante da prática de cuidados de saúde e ocorrem em qualquer fase do processo de cuidados.

Tendo em conta o descrito, torna-se fulcral dar a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde, no sistema de saúde, nomeadamente, no SNS. A ocorrência de incidentes de segurança associados à 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 (Despacho n.º 9390/2021. Diário da República, 2.ª série. Nº 187).

Neste sentido surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 -2026, cujo objetivo consiste em “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (DGS, 2022, p.21).

O PNSD 2021-2026 enumera múltiplos objetivos estratégicos, dos quais podemos destacar o seguinte, por corroborar a pertinência do PIS elaborado: “Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente”. O PIS realizado no decurso do Estágio Final, tem como linha de investigação e ação a “Segurança e Qualidade de Vida”, pelo que o seu objetivo geral foi delineado em consonância com o pressuposto. Na operacionalização do mesmo, foi realizada formação dos profissionais o que se encontra de acordo com o objetivo estratégico do PNSD 2021-2026, supracitado.

Posto isto, a promoção da segurança e qualidade dos cuidados envolve um vasto conjunto de ações, nomeadamente, o investimento na formação dos profissionais no que diz respeito à gestão de risco e melhoria de desempenho, prática clínica segura e incorporação de conhecimento científico (ICN, 2012). No entanto, apesar da evolução da ciência e crescente disponibilidade de informação, verifica-se ainda uma lacuna entre a evidência e a ação, o que justifica o investimento na mudança da PBE, por forma a minimizar tomadas de decisão com deficiente fundamentação, que poderão comprometer a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, através de variações na prática que se traduzem em cuidados desiguais e com menor eficácia e eficiência (ICN, 2012). Conclui-se, com base no descrito, que a qualidade e segurança dos cuidados, encontra-se intrinsecamente interligada com a abordagem baseada na evidência.

Seguidamente será contextualizado a temática subjacente ao PIS, abordando de forma sucinta a PCR e subsequentes efeitos, com especial enfoque nos cuidados pós- reanimação.

1.3. A PESSOA ADULTA VÍTIMA DE PCR

Na análise da problemática dos cuidados pós-reanimação foi desenvolvida uma *scoping review*, com base na evidência científica mais atual, nomeadamente através de artigos científicos publicados em bases de dados, consulta de *sites* de referência e manuais de cursos certificados.

Os cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, cuja vida se encontra em risco por falência ou eminência de falência de funções vitais, exigem da equipa multidisciplinar uma célere intervenção com o intuito de garantir a sua reversão, estabilização e tratamento, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à recuperação total. Neste sentido, a paragem cardiorrespiratória (PCR) é considerada como uma das principais emergências que ameaçam a vida humana, pelo que a equipa de saúde deve estar apta a reconhecer e a prestar assistência adequada, tanto em ambiente intra como extra-hospitalar (Pereira, et al., 2021).

Atualmente, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte no mundo. Na Europa, a doença cardiovascular representa cerca de 45% de todas as mortes e todos os anos causa cerca de 3,9 milhões de mortes. A morte súbita é responsável por 20% de todas as mortes na Europa e com uma taxa de sobrevivência de apenas 5-20%. (INEM, 2020). A PCR permanece como uma das ocorrências cardiovasculares de maior prevalência e com morbilidade e mortalidade elevadas, pelo que o desenvolvimento de protocolos e algoritmos internacionais permitiu a padronização e a organização da assistência, com o intuito de possibilitar o incremento da taxa de sobrevivência.

A PCR assume-se como uma situação limite entre a vida e a possibilidade de não sobreviver e, pode ser definida como a cessação súbita “da atividade cardíaca, associada à ausência da respiração e a um elevado índice de complicações decorrentes, no entanto pode ser reversível mediante um atendimento imediato” (Cruz, Rêgo, & Lima, 2018, p.1). No que à causa diz respeito, a PCR ocorre sobretudo no contexto de problemas primários da via aérea/respiratórios ou associada a patologia cardiovascular. A maioria das patologias que implicam risco de vida conduzem ao compromisso respiratório e/ou cardiovascular, pelo que se associam ao risco de PCR. Por outro lado, os sistemas respiratório e cardiovascular estão intimamente ligados (INEM, 2020). De acordo com a literatura, a hipoxia pode ocasionar alterações da função cardíaca, da

mesma forma que as doenças cardíacas conduzem a aumento do trabalho respiratório e do consumo de oxigênio. Desta forma, a falência cardíaca pode ser consequência de insuficiência respiratória e vice-versa.

No que concerne à PCR em contexto intra-hospitalar, ao inverso do extra-hospitalar, não é, geralmente, um evento súbito, mas o “resultado da deterioração fisiológica lenta e progressiva, com hipoxia e hipotensão, que não é detetada pelos profissionais ou é reconhecida, mas insuficientemente tratada” (INEM, 2020, p.20). A prevenção da PCR intra-hospitalar requer formação dos profissionais, monitorização dos doentes, um sistema de alarme para solicitar auxílio e capacidade para responder com ajuda eficiente. No contexto pré-hospitalar, a doença coronária é atualmente a causa mais frequente de morte súbita. Segundo o INEM (2020, p.21) 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”.

Apesar do investimento e desenvolvimento na formação em Suporte Básico de Vida (SBV) e na melhoria dos procedimentos no Suporte Avançado de Vida (SAV), verifica-se que a mortalidade e sequelas neurológicas após a recuperação da circulação espontânea (RCE) permanecem elevadas, o que pode consequentemente comprometer a vida, a longo prazo (Mooreira, 2015). De acordo com a autora referenciada, a mortalidade e sequelas neurológicas, devem-se principalmente a dois mecanismos fisiopatológicos: encefalopatia anóxica, resultante do compromisso da circulação cerebral; e à síndrome de reperfusão. Esta síndrome caracteriza-se essencialmente por uma resposta inflamatória sistémica durante o período de reperfusão, que se pode prolongar por 48-72h, como consequência da ativação de várias cascatas bioquímicas que conduzem à libertação de radicais livres de oxigênio e outros mediadores lesivos para o tecido cerebral.

A interrupção súbita das funções cardiopulmonares constitui um problema que sempre foi um desafio na área dos cuidados de saúde. Representa uma emergência médica extrema, cujos resultados serão a lesão cerebral irreversível e a morte, caso as medidas adequadas para restabelecer a circulação sistémica e a respiração não sejam realizadas (AHA, 2020). Assim sendo, a reversão ou tentativa de reverter a PCR requer a execução de manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP). A RCP surge em 1960, com o intuito de restaurar a função cardiorrespiratória em doentes que sofreram PCR, e tem como objetivo prolongar a vida com bom prognós-

tico neurológico (Ramos, Sapeta, 2016). Esta consiste num “conjunto de medidas que visam reverter e/ou dar suporte ao indivíduo, até que suas funções vitais sejam restauradas” (Máximo, Carvalho, Costa, & Oliveira, 2009, p.712).

Os enfermeiros são, geralmente, os primeiros profissionais de saúde a presenciar a PCR em contexto intra-hospitalar e desempenham um papel primordial na vigilância do doente e no despiste de complicações que possam vir a comprometer a sua saúde e retardar a sua recuperação (Albino, Jacinto, 2010). A evidência indica que uma intervenção antecipada e adequada permite reduzir a mortalidade e a morbilidade de doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração fisiológica aguda nas horas que antecedem a PCR, sendo fundamental a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida deteção (Nolan, et al., 2010). Desta forma, os hospitais, enquanto organizações de saúde, devem implementar sistemas de resposta que incluam: “profissionais treinados no reconhecimento dos sinais de deterioração do doente e na resposta rápida ao doente em risco; com capacidade para monitorização regular e apropriada dos sinais vitais; implementações de orientações claras – como por exemplo: linha de chamada de emergência ou índices de alerta precoce ou critérios de ativação das EEMI – para ajudar os profissionais a detetar precocemente o doente que deteriora; um modelo claro e uniformizado de pedido de ajuda; a capacidade de resposta imediata e com eficácia aos pedidos de ajuda solicitados” (Flórido, 2014, p.37). De acordo com o autor referenciado, os estudos indicam que a sobrevivência das vítimas de PCR Intra-Hospitalar é inferior a 20%, pelo que, o reconhecimento atempado do doente em deterioração é fundamental na prevenção da PCR.

Tendo em conta o anteriormente descrito, pode-se concluir que a PCR é uma das situações experienciadas pelos enfermeiros em todas as áreas de atuação, constituindo uma emergência decisiva na vida da pessoa. Esta situação, embora previsível em muitos doentes internados, é súbita e inesperada em diversos momentos, constituindo uma séria ameaça à vida, principalmente nas pessoas que sofrem um colapso não presenciado e nos doentes hospitalizados em estado crítico (Bellan, Araújo, & Araújo, 2010).

Consensualmente, perante uma PCR, os objetivos dos profissionais de saúde são a recuperação e preservação da vida da pessoa com a mesma qualidade à anterior ao evento de paragem. Assim sendo, o sucesso da RCP depende de uma sequência de procedimentos que pode ser sistematizada no conceito de Cadeia de sobrevivência e que seguidamente será descrito.

1.3.1. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

A cadeia de sobrevivência, representada na Figura 2, consiste numa metáfora utilizada para organizar e descrever o conjunto integrado de ações urgentes coordenadas necessário para maximizar a sobrevivência (AHA, 2020). Com base na evidência disponível, considera-se que a sequência de determinadas intervenções contribui de forma decisiva para a melhoria de resultados no socorro às vítimas de PCR, nomeadamente: (1) reconhecer a situação de emergência e solicitar ajuda, acionando de imediato o sistema de emergência médica – prevenir a PCR; (2) iniciar de imediato manobras de SBV – ganhar tempo; (3) aceder à desfibrilhação tão precocemente quanto possível, quando indicado – repor a atividade cardíaca e por último (4) cuidados pós-reanimação – restaurar a qualidade de vida (INEM, 2020).

Os procedimentos mencionados sucedem-se de forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte. Desta forma, emerge o conceito de cadeia de sobrevivência, constituída por quatro elos ou ações, em que o funcionamento adequado de cada elo e a articulação eficaz entre os vários elos é fundamental para que o resultado final possa ser uma vida salva. A cadeia de sobrevivência é tão forte quanto o seu elo mais fraco, pelo que idealmente todos os elos deveriam ser igualmente resistentes (ERC, 2021).

Os quatro elos que compõem a cadeia de sobrevivência são:

1. Ligar 112 - Reconhecimento Precoce e Pedido de Ajuda;
2. Reanimação Cardiopulmonar (RCP) precoce;
3. Desfibrilhação precoce;
4. Estabilizar e cuidados pós-reanimação.

FIGURA 2 - Cadeia de Sobrevivência



Fonte: ERC, 2021

De referir que, o desenvolvimento da abordagem à pessoa vítima de PCR é alvo de pesquisas e constantes atualizações pois, a reversão da PCR ainda constitui um desafio para os profissionais de saúde. Neste sentido, em 1992 foi fundada a Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (International Liaison Comité on Resuscitation - ILCOR) com o intuito de garantir um fórum de discussão entre os comitês de ressuscitação do mundo, para elaborar diretrizes no atendimento cardiovascular de emergência, entre outros objetivos (ILCOR, 2022²). Atualmente o ILCOR é constituído pela American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC), Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC), Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council, Resuscitation Council of Southern Africa (RCSA), InterAmerican Heart Foundation (IAHF) e Resuscitation Council of Asia.

Inicialmente, as diretrizes emanadas pelo ILCOR eram atualizadas a cada cinco anos. No entanto, a partir de 2015 essa regra foi alterada e, sempre que a revisão da literatura se demonstre importante, as novas diretrizes são publicadas. Essas atualizações “extemporâneas”, caso sejam reafirmadas nas reuniões da ILCOR e da AHA, integram, ou não, as linhas-guia (*guidelines*) publicados no período original (Duarte, et al., 2021).

1º elo Cadeia de Sobrevivência: Reconhecimento precoce e pedido de ajuda

Em contexto extra-hospitalar, o reconhecimento precoce da dor torácica como sintoma de isquemia do miocárdio permite ativar os serviços de emergência antes do colapso da vítima, de modo a que as equipas de emergência cheguem o mais precocemente antes de a PCR ter ocorrido, melhorando a sobrevivência. O rápido acesso aos serviços de emergência assegura o início da cadeia de sobrevivência, e só assim se poderá prevenir a PCR. Cada minuto sem chamar socorro reduz as probabilidades de sobrevivência da vítima. Atualmente estes serviços são ativados por um número telefónico único na maioria dos países europeus, sendo que o ERC recomenda a utilização do número 112. Os operadores das centrais de emergência médica devem reconhecer a situação crítica, focando a sua atenção em duas questões chave: a vítima inconsciente e que não respira normalmente (ERC,2021).

Nos casos de PCR intra-hospitalar existe, habitualmente, um sistema interno de comunicação que ativa a equipa de reanimação/equipa de emergência interna. Em Portugal, segundo o despacho n.º 9639/2018, os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde devem adotar o n.º 2222 na rede telefónica interna para ativação da Equipa de Emergência Médica

² <https://www.ilcor.org/about>

Intra-Hospitalar. O reconhecimento precoce dos sinais de deterioração do doente e a ativação da EEMI poderão possibilitar a prevenção da PCR.

2º elo Cadeia de Sobrevivência: Reanimação Cardiopulmonar (RCP) precoce

O 2º elo da cadeia de sobrevivência dá enfoque à importância do célere início da Reanimação Cardiopulmonar enquanto fator determinante para o sucesso na taxa de sobrevivência. As manobras de RCP (compressão torácica e ventilação) reduzem o ritmo de deterioração da função celular global, com ênfase na função cardíaca e cerebral. O SBV tem como intuito ganhar tempo até à chegada do desfibrilhador e da equipa de SAV. Em casos de PCR testemunhada, o início imediato de SBV aumenta para o quádruplo a probabilidade de recuperação e de sobrevivência. Contudo, apesar do reconhecimento sobre a importância da RCP, na maior parte dos países europeus só é executada por testemunhas, em contexto extra-hospitalar, numa minoria de casos (aproximadamente 30%) (INEM, 2020).

Em casos de PCR intra-hospitalar, as compressões torácicas e a ventilação devem ser iniciadas imediatamente, mas não devem protelar a tentativa de desfibrilhação nos doentes cujo ritmo identificado seja Fibrilhação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem pulso. As interrupções das compressões torácicas devem ser minimizadas e devem ocorrer somente nas tentativas de avaliação de ritmo (CHD, 2019).

3º elo Cadeia de Sobrevivência: Desfibrilhação precoce

O 3º elo da Cadeia de Sobrevivência reporta-se à possibilidade de se providenciar uma desfibrilhação precoce. Na PCR em meio extra-hospitalar, o principal objetivo é conseguir desfibrilhar (se indicado) nos 3 minutos após a ativação dos serviços de emergência. Na maioria dos locais, isto implica continuar a apostar em programas de desfibrilhação usando Desfibriladores Automáticos Externos (DAE) (INEM, 2020). De destacar que este elo tem vindo a ser reforçado na última década em Portugal, uma vez que os programas de DAE licenciados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) têm vindo a aumentar gradualmente, denotando a aplicação da legislação em vigor, concretamente do Decreto-Lei 184 de 2012 que veio tornar obrigatório a instalação de equipamentos de DAE em determinados locais de acesso público, tais como estabelecimentos comerciais de dimensão relevante (INEM, 2022³).

No que concerne ao contexto intra-hospitalar, o reconhecimento do doente em risco de vida e a ativação do sistema de emergência interna, são fulcrais. É essencial que os profissionais

³ <https://www.inem.pt/?s=Programa+Nacional+de+Desfibrilha%C3%A7%C3%A3o+Autom%C3%A1tica+Externa>.

de saúde tenham formação e capacidade para desfibrilhar de imediato, respeitando os algoritmos de reanimação. Efetuar SBV até o desfibrilhador estar operacional e durante a aquisição de carga, melhora significativamente a probabilidade de sobrevivência. De acordo com a evidência disponível, a RCP imediata e a desfibrilhação precoce até 3 a 5 minutos após a PCR, pode aumentar a sobrevida até 50-70% (INEM, 2020).

4º elo Cadeia de Sobrevivência: estabilizar e cuidados pós-reanimação

Em muitas situações, apesar de ser possível o retorno da circulação espontânea com a desfibrilhação e com o SBV, estes não são suficientes, sendo necessárias manobras de suporte adicionais, designadas por Suporte Avançado de Vida (SAV). As manobras de SAV incluem a gestão da via aérea, administração de drogas e correção das causas de PCR, permitindo otimizar a função cardiorrespiratória e aumentando a taxa de sobrevivência (INEM, 2020).

Os cuidados pós-reanimação são tão importantes imediatamente após a RCE como qualquer outro elo desta cadeia. O seu início precoce tem como objetivo minimizar ou contrariar os efeitos da instalação da síndrome pós-PCR, com o intuito de melhorar a taxa de sobrevida (alta hospitalar após PCR). Sempre que suceda uma reanimação com sucesso, com RCE, é essencial manter os cuidados no período pós-reanimação, visando preservar fundamentalmente a integridade dos órgãos nobres (cérebro e coração) (INEM, 2020).

De referir que os cuidados pós-reanimação foram incluídos na cadeia de sobrevivência pela American Heart Association na edição de 2010. Este elo tem vindo a ganhar destaque, com constante atualização e reconhecimento da sua importância na taxa de sobrevivência. Seguidamente, os cuidados pós-reanimação serão abordados com maior enfoque, tendo em conta que esta é a temática sobre a qual o presente PIS incide.

1.4. SÍNDROME PÓS-PCR

No presente subcapítulo será realizada uma breve abordagem sobre a fisiopatologia da Síndrome Pós-PCR. Durante os cuidados pós-reanimação pretende-se gerir os eventos decorrentes desta síndrome, o que requer a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos ocorridos após a RCE, como forma de assegurar uma prestação de cuidados seguros e de qualidade. Tendo em conta o descrito, considera-se pertinente a inclusão do presente subcapítulo como referencial teórico para a compreensão da temática do presente PIS.

A elevada mortalidade e morbidade apresentadas pouco tempo após a reanimação cardíaca são causadas por um estado patológico denominada Síndrome Pós-Paragem Cardior-respiratória (SPPCR). A referida síndrome apresenta quatro mecanismos fisiopatológicos, nomeadamente: (1) a lesão cerebral hipóxico-isquêmica pós-PCR, (2) a disfunção miocárdica pós-PCR, (3) a resposta sistêmica de isquemia/reperfusão e (4) a persistência da patologia precipitante. A gravidade desta síndrome depende da duração e da causa da PCR (ERC, 2021).

1.4.1. SPPCR: LESÃO CEREBRAL PÓS-PCR

A lesão cerebral, após o período de isquemia que caracteriza a PCR, é comum e clinicamente relevante, uma vez que 68% dos doentes admitidos nas unidades de cuidados intensivos, após uma PCR extra-hospitalar, têm como causa de morte a lesão cerebral (B. Correia, 2017). O cérebro é o órgão mais sensível à isquemia, pelo 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 (Abella, Bobrow, 2020). As reservas de oxigénio são esgotadas em segundos e as de glicose e Adenosina Trifosfato duram apenas 5 minutos. O cérebro apresenta, para além de uma escassa tolerância à isquemia, uma resposta paradoxal à reperfusão, que é caracterizada pela formação de radicais livres, excitotoxicidade, disrupção da homeostase do cálcio, cascatas patológicas de proteases e ativação da morte celular programada (B. Correia, 2017). De acordo com a ERC (2021), a lesão cerebral hipóxico-isquêmica pós-PCR é associada a hipotensão, hipoxemia, hiperoxemia, febre, hipoglicemia, hiperglicemia e convulsões.

1.4.2. SPPCR: DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA PÓS-PCR

A disfunção miocárdica inicia-se minutos após a reperfusão e é geralmente reversível em 48 a 72 horas. Clinicamente caracteriza-se por uma hipocinesia global e fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida (Abella, Bobrow, 2020). De acordo com B. Correia (2017), a disfunção miocárdica ocorre, independentemente da existência de uma etiologia coronária obstrutiva, e são alterações cardíacas transitórias embora possa ocorrer a necessidade de vasopressores até às 72 horas.

1.4.3. SPPCR: RESPOSTA SISTÊMICA DE ISQUEMIA/REPERFUSÃO

A resposta sistêmica de isquemia/reperfusão é causada pelo déficit de oxigênio e de substrato metabólico, que conduzem à continuidade da lesão iniciada durante o período de isquemia, que se apresenta de forma semelhante à sépsis. É caracterizada por inflamação sistêmica, por diminuição do volume intravascular, por vasodilatação, por insuficiência suprarrenal relativa, por endotoxemia (por translocação intestinal) e pela ativação endotelial, plaquetar e de cascatas de coagulação (B. Correia, 2017). De acordo com o autor referenciado, os dois últimos mecanismos podem fazer parte dos fatores etiológicos responsáveis pelas alterações trombóticas a nível da microcirculação, já que adicionalmente os fatores anticoagulantes também se encontram diminuídos e a fibrinólise endógena não é adequada. A insuficiência suprarrenal, por sua vez, é comum e pode promover a insuficiência circulatória. De referir que as manobras de RCP apenas revertem parcialmente a ausência de substrato metabólico e de oxigênio. Mesmo após a reanimação pode continuar a verificar-se uma entrega de oxigênio aos tecidos insuficiente, ocasionada pela disfunção miocárdica e pela instabilidade hemodinâmica dependente de vasopressores (B. Correia, 2017).

1.4.4. SPPCR: PATOLOGIA PRECIPITANTE PERSISTENTE

A lesão que causa a PCR pode continuar a ser um dos mecanismos da lesão após a reanimação, como é o caso do síndrome coronário agudo, das embolias pulmonares, das hemorragias, da sépsis, das intoxicações, da hipotermia e das doenças pulmonares primárias como a asma, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a pneumonia (B. Correia, 2017). De acordo com o mesmo autor, é frequente ocorrer hipertermia nas duas horas que seguem a PCR, o que se associa a um mau prognóstico. O aumento da temperatura é causado pela libertação de catecolaminas, alteração da distribuição do calor corporal através de vasoconstrição e por infeção associada à translocação de bactérias intestinais. O mau prognóstico neurológico é justificado pela disfunção endotelial, lesão tecidular associada à hipertermia, libertação de espécies reativas de oxigênio e apoptose (B. Correia, 2017).

1.5. CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO

Na atualidade, a evidência reconhece que a assistência sistemática pós-PCR depois da RCE pode melhorar a probabilidade de sobrevivência do doente com boa qualidade de vida. Os estudos demonstram que a maioria das mortes sucede durante as primeiras 24h após a ressuscitação da PCR. Neste sentido, os cuidados pós-PCR têm potencial significativo de contribuir para a redução da mortalidade precoce causada por instabilidade hemodinâmica, além de morbidade e mortalidade posteriores ocasionadas por falência de vários órgãos e por lesão cerebral (AHA, 2021b).

Tem vindo a ser realizado um conjunto cada vez maior de pesquisas com o objetivo de identificar e otimizar práticas que melhorem os desfechos dos doentes que atingem RCE após PCR. A simples recuperação da pressão arterial e da troca gasosa não garante a sobrevivência e a retoma funcional, e uma disfunção cardiovascular significativa pode ocorrer depois da RCE. Essas disfunções podem requerer suporte ativo do fluxo sanguíneo e da ventilação, incluindo expansão do volume intravascular, medicamentos vasoativos e inotrópicos e ainda dispositivos invasivos (AHA, 2021b). Além disso, o controlo de temperatura e o tratamento da causa subjacente da PCR afetam a sobrevivência e o desfecho neurológico, e os protocolos de otimização hemodinâmica também servem como parte de um conjunto de cuidados necessários para promover a sobrevivência. Consensualmente, a evidência sugere que a gestão proactiva da fisiologia pós-PCR pode melhorar o desfecho para o doente, garantindo a oxigenação e a perfusão dos órgãos, e evitando e controlando as complicações (AHA, 2021b).

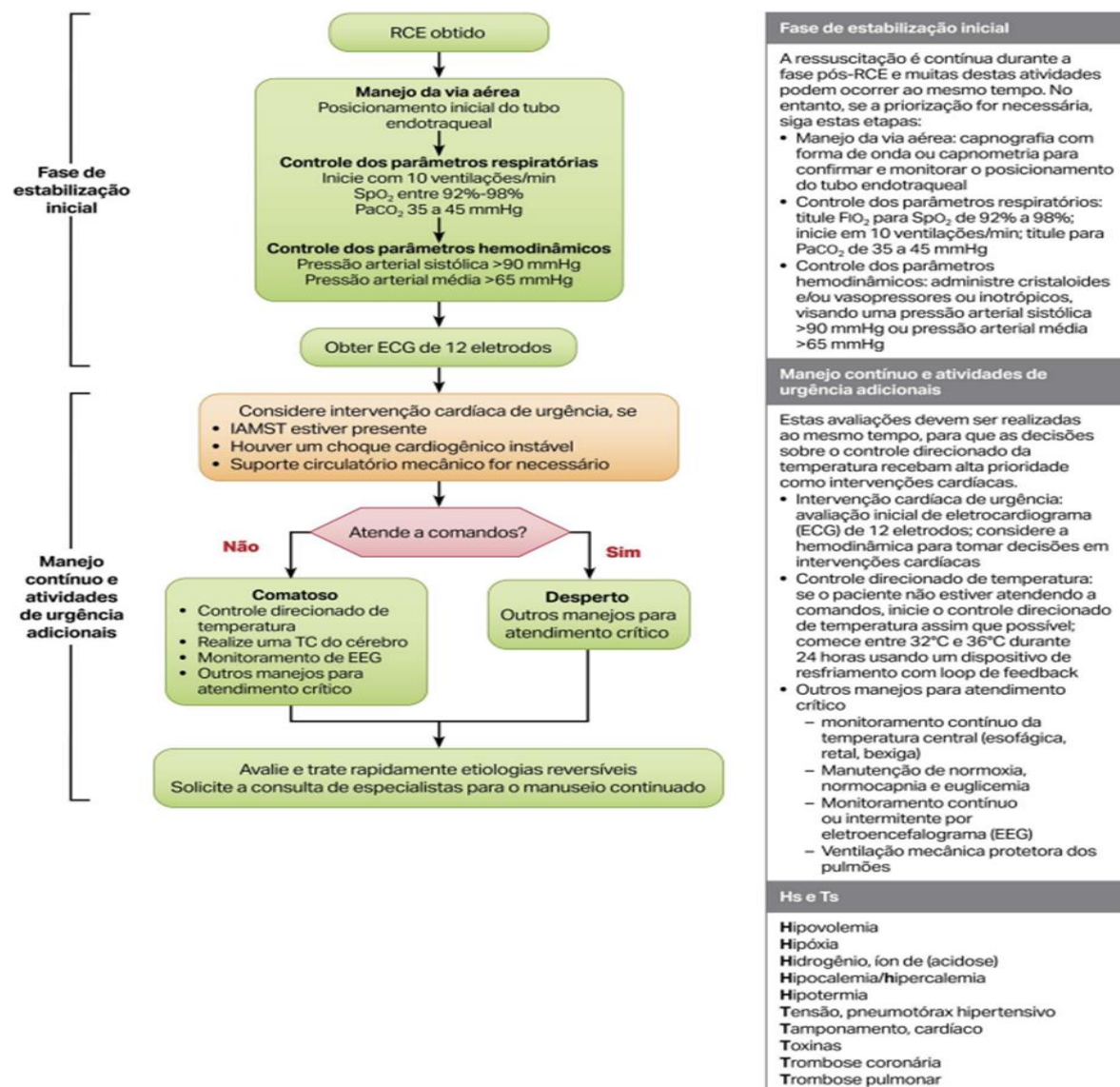
De acordo com a AHA (2010), os objetivos iniciais dos cuidados pós-reanimação são: otimizar a função cardiopulmonar e a perfusão de órgãos vitais. Caso a PCR ocorra em contexto extra-hospitalar, deve-se transportar o doente para um hospital com abrangente sistema de cuidados que inclua intervenções coronárias agudas, cuidados neurológicos e serviço de cuidados intensivos. Se a PCR for intra-hospitalar, transferir o doente para uma unidade de doentes críticos capaz de fornecer cuidados pós-PCR abrangentes, procurar identificar e tratar as causas precipitantes da PCR e prevenir eventos recorrentes.

Além do mencionado, são considerados ainda os seguintes objetivos subsequentes à PCR: controlo da temperatura corporal para otimizar a sobrevivência e a recuperação neurológica; identificar e tratar síndromes coronárias agudas; otimizar a ventilação mecânica para minimizar a lesão pulmonar; reduzir o risco de lesão de múltiplos órgãos e instituir técnicas de

substituição de órgão se necessário; avaliar objetivamente o prognóstico e assistir na reabilitação (AHA, 2010).

Por forma a garantir o sucesso na assistência pós-PCR, é fundamental considerar quais as intervenções necessárias na fase de estabilização inicial e programar continuamente as atividades de urgência adicionais (AHA, 2021b). Com o intuito de orientar as etapas dos cuidados pós-reanimação, a AHA elaborou um algoritmo de cuidados pós-PCR no adulto, no qual se podem consultar de forma sequencial quais os cuidados a seguir, permitindo mapear e uniformizar os cuidados a prestar. O algoritmo proposto pela AHA pode ser consultado na Figura 3 abaixo representada.

FIGURA 3 - Algoritmo de Cuidados Pós-PCR



© 2020 American Heart Association

Fonte: AHA (2021b)

Através da análise do algoritmo de cuidados pós-PCR proposto pela AHA (2021b), verifica-se que os cuidados são organizados em duas fases, sendo a primeira a fase de estabilização inicial e seguidamente a fase denominada por manuseamento contínuo e atividades de urgência adicionais.

Na fase de estabilização inicial, conforme se pode observar na Figura 3, executam-se diversas atividades, algumas delas em simultâneo, dependendo dos recursos disponíveis. Contudo, se for necessária priorização, deve-se seguir a seguinte ordem:

- Gestão da via aérea: colocar tubo orotraqueal e utilizar capnografia quantitativa em forma de onda ou a capnometria para confirmar e monitorizar a colocação do tubo;
- Controlo de parâmetros respiratórios: iniciar com 10 ventilações/min (1 ventilação a cada 6 segundos); SpO₂ entre 92% e 98%, PaCO₂ entre 35 e 45 mmHg;
- Controlo dos parâmetros hemodinâmicos: administrar cristaloides e/ou vasopressores ou inotrópicos para atingir uma pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg ou uma pressão arterial média acima dos 65 mmHg;
- Realizar um ECG de 12 derivações.

Na segunda fase do algoritmo, as avaliações devem ser executadas em simultâneo, com enfoque no controlo direcionado de temperatura (CDT). As atividades abrangidas nesta fase incluem: monitorização contínua da temperatura (preferencialmente esofágica, vesical ou rectal); manutenção da normoxia, normocapnia e normoglicémia; realização de monitorização neurológica contínua ou intermitente por eletroencefalograma (EEG) e realização de ventilação de proteção pulmonar (AHA, 2021b). Deve ser considerada intervenção cardíaca de urgência case se verifique: enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMST), choque cardiogénico instável ou se houver necessidade de suporte circulatório mecânico.

Analisando a segunda fase do algoritmo de cuidados pós-PCR, deve nesta etapa ser realizada a avaliação do estado de consciência. No caso de o doente não responder a estímulos é recomendado:

- CDT: começar entre 32°C e 36°C durante 24 horas;
- Realizar TAC crânio encefálico;

- Executar monitorização de EEG;
- Executar outras atividades de gestão de atendimento crítico: monitorização de temperatura, manutenção da normoxia, normocapnia e normoglicémia; monitorização contínua ou intermitente via EEG e ventilação de proteção pulmonar.

Nesta segunda fase, além da avaliação do estado de consciência, devem ser averiguadas e tratadas as etiologias reversíveis da PCR, atendendo aos Hs e Ts: **Hipovolémia**, **Hipóxia**, **Hidrogénio** (acidémia), **Hipocalemia/hipercalemia**, **PneumoTorax hipertensivo**, **Tamponamento cardíaco**, **Toxinas**, **Trombose pulmonar**, **Trombose coronária** (AHA, 2021b).

Através da análise das *guidelines* publicadas pela ERC em 2021, pode-se afirmar que os cuidados pós-PCR são iniciados imediatamente após a RCE. Seguidamente serão abordados de forma mais pormenorizada, os cuidados prestados na fase pós-PCR com base nas orientações mais recentes (ERC, 2021).

1.5.1. DIAGNÓSTICO DA CAUSA DA PCR

Se houver evidência clínica (por exemplo, instabilidade hemodinâmica) ou ECG indicativo de isquemia do miocárdio, deve ser realizado angiografia coronária. Seguidamente é sugerido efetuar TAC crânio e/ou TAC tórax, pois estes exames permitem a identificação precoce de uma causa respiratória ou neurológica. Caso existam sinais ou sintomas pré-PCR sugestivos de doença neurológica ou respiratória (cefaleia, convulsão, défice neurológico, hipoxia) deve ser realizada TAC crânio e/ou TAC tórax;

1.5.2. VIA AÉREA E RESPIRAÇÃO

a) Gestão da via aérea após o retorno da circulação espontânea

Os doentes que tiveram um breve período de PCR e um imediato retorno da função cerebral normal e que se encontram a respirar espontaneamente, não necessitam de entubação traqueal, mas devem receber oxigénio através de uma máscara facial caso a saturação de oxigénio no sangue arterial seja inferior a 94%. No caso de doentes que permanecem em coma após a RCE, a indicação será para entubação, caso esta não tenha sido efetuada durante a RCP. A correta colocação do tubo traqueal deve ser confirmada com a forma de onda de capnografia.

Em caso de ausência de profissionais experientes em entubação traqueal, deve ser inserida uma via aérea supraglótica. Não havendo contraindicação, a cabeceira do leito deve ser mantida elevada no mínimo a 30° para prevenir edema cerebral, bronco aspiração e pneumonia associada à ventilação mecânica;

b) Otimização da Oxigenação

Após a RCE, utilizar oxigénio a 100% (ou máximo disponível) até que a saturação de oxigénio arterial ou a pressão parcial de oxigénio arterial possa ser avaliada. Após a RCE, até que a SpO₂ possa ser avaliada de forma fiável, idealmente através de gasometria arterial, o oxigénio inspirado deve ser titulado para atingir uma saturação de oxigénio de 94-98% ou pressão parcial arterial de oxigénio (PaO₂) entre 75-100 mmHg. Evitar a hipoxemia (PaO₂ <60 mmHg) ou a hiperroxemia;

Do ponto de vista fisiopatológico, após PCR, existe o risco dos doentes desenvolverem lesão cerebral hipoxico isquémica e disfunção orgânica concomitante. A hiperventilação pode aumentar a oxigenação cerebral, no entanto causa o aumento dos radicais livres de oxigénio com efeito nocivo, bem como a vasoconstrição cerebral, reduzindo o fluxo de perfusão cerebral. Consensualmente, a evidência recomenda direccionar a titulação de oxigénio para valores considerados normais ao invés da hiperorixemia,

c) Controlo da Ventilação

Obter uma gasometria arterial e usar CO₂ expirado nos doentes mecanicamente ventilados. Nos doentes com ventilação mecânica após RCE, deve ser ajustada a ventilação para uma pressão parcial arterial normal de dióxido de carbono (PaCO₂) ou seja 35-45 mmHg. Nos doentes com CDT, monitorizar a PaCO₂ frequentemente, pois pode ocorrer hipocapnia. Deve ser utilizada uma estratégia de ventilação protetora pulmonar visando um volume corrente de 6-8mL kg⁻¹ peso corporal ideal. De acordo com o ILCOR (2021), não existem evidências suficientes para sugerir ou desaconselhar relativamente à hipercapnia ligeira comparativamente à normocapnia pós-PCR, pese embora alguns estudos sugiram que a discreta hipercapnia permissiva contribui para uma melhor perfusão celular. Consensualmente, a hipocapnia é desaconselhada. Após a RCE, os valores de dióxido de carbono no sangue (PaCO₂) encontram-se aumentados devido à hipoventilação e reduzida perfusão tecidual durante a PCR, causando acidose. O aumento da

PaCO₂ (hipercapnia) aumenta o fluxo sanguíneo cerebral e a pressão intracerebral enquanto a hipocapnia causa vasoconstrição que pode reduzir o fluxo sanguíneo e consecutivamente causar isquemia cerebral;

1.5.3. CIRCULAÇÃO

a) Perfusão Coronária

Em doentes com RCE após PCR com suspeita de causa cardíaca com supradesnivelamento do segmento ST no ECG, deve ser realizado uma avaliação para cateterismo cardíaco emergente. No caso dos doentes com RCE após PCR extra-hospitalar sem elevação ST no ECG, deve ser equacionada a realização de cateterismo cardíaco de emergência se houver uma alta probabilidade estimada de oclusão coronária aguda (por exemplo, doentes com distúrbios hemodinâmicos e/ou instabilidade);

b) Monitorização e gestão hemodinâmica

- Todos os doentes devem ser monitorizados com linha arterial para avaliação contínua de pressão arterial, e deve ser monitorizado o débito cardíaco em doentes hemodinamicamente instáveis. Deve ser realizada ecocardiografia precoce (o mais rápido possível) em todos os doentes para detetar qualquer patologia cardíaca subjacente e quantificar o grau de disfunção.
- Evitar hipotensão (<65 mmHg). Alvo de pressão arterial média (PAM) para atingir a produção de urina adequada (> 0,5 mL kg⁻¹ h⁻¹) e normal ou decrescente lactato.
- Durante o CDT, a 33 °C, a bradicardia pode permanecer não tratada se a pressão arterial, débito urinário, lactato e SpO₂ forem adequados. Se não, deve ser considerado aumentar a temperatura, mas não superior a 36 °C.
- Manter a perfusão com fluídos, noradrenalina e/ou dobutamina, dependendo de cada doente e necessidade de volume intravascular, vasoconstrição ou inotropia.
- Não devem ser administrados esteróides rotineiramente após PCR.
- Deve ser evitada hipocalemia, que está associada a arritmias ventriculares.

- Deve ser considerado suporte circulatório mecânico (como balão intra-aórtico, ou oxigenação por membrana extracorporeal) para choque cardiogénico persistente por insuficiência ventricular esquerda se o tratamento com ressuscitação hídrica, inotrópicos e drogas vasoativas for insuficiente.

1.5.4. OTIMIZAÇÃO DA RECUPERAÇÃO NEUROLÓGICA

a) Controlo de convulsões:

- É recomendado o uso de EEG para diagnosticar convulsões eletrográficas e monitorizar os efeitos do tratamento;
- Para tratar convulsões pós-PCR é sugerido a administração de Levetiracetam ou Valproato de sódio como drogas antiepilépticas de primeira linha, além de drogas sedativas;
- A ERC não sugere a utilização de profilaxia de convulsão de rotina.

b) Controlo de temperatura:

- É recomendado o controlo direcionado de temperatura (CDT) para adultos após PCR que permanecem sem resposta após a RCE;
- Manter uma temperatura alvo em um valor constante entre 32 e 36 °C por pelo menos 24 h;
- Evitar febre (> 37,7 °C) por pelo menos 72 h após a RCE em doentes que permanecem em coma;
- Não utilizar fluidos frios intravenosos no pré-hospitalar para iniciar a hipotermia.

No âmbito da otimização da recuperação neurológica, o CDT reveste-se de especial importância sendo atualmente destacado como um dos cuidados com maior potencial para otimizar a perfusão cerebral e consequentemente melhorar o prognóstico. Importa assim, compreender no que consiste o CDT. A hipotermia consiste na diminuição da temperatura corporal central abaixo de 36º C, independentemente da sua causa, podendo ser classificada em: ligeira (34-35,9ºC), moderada (32-33ºC) e severa (<30ºC) (Capelo, 2017). De acordo com a autora referenciada, a redução da temperatura corporal de forma deliberada, é considerada como hipotermia induzida, na qual se insere a hipotermia terapêutica (HT).

A HT caracteriza-se por uma redução controlável da temperatura central do corpo e tem demonstrado, de forma consistente, reduzir a mortalidade e melhorar os desfechos neurológicos em doentes pós-PCR, devido aos seus efeitos neuroprotetores (Rasia, 2016). Na fase inicial da HT, a temperatura do corpo do doente é reduzida para um alvo de 32-36°C, sendo que este intervalo representa o equilíbrio entre os benefícios clínicos e os efeitos adversos, que se exacerbam a temperaturas mais baixas (Amaral de Sousa, 2014).

Após o reconhecimento dos benefícios da HT na proteção cerebral, a implementação deste tratamento nos cuidados pós-reanimação, passou em 2010 a fazer parte integrante das *guidelines* da AHA, da ERC e da ILCOR. No entanto, no ano de 2015, as diretrizes da AHA sugerem uma alteração relativamente à nomenclatura utilizada neste tratamento, passando de HT para CDT, referindo que todos os doentes “adultos comatosos (ou seja, sem resposta sensata a comandos verbais) com RCE após a PCR devem ser submetidos ao controlo direcionado da temperatura, tendo como temperatura alvo entre os 32°C e 36°C, mantida constantemente durante pelo menos 24 horas” (AHA, 2015a, p.15).

A aplicação do CDT está dividida em três fases, sendo elas: a indução, a manutenção e o reaquecimento. Na fase de indução, o objetivo consiste em diminuir a temperatura corporal até à temperatura-alvo; na fase de manutenção pretende-se manter a temperatura, evitando o mínimo de flutuações na temperatura corporal por um período de 24 horas, e por fim, a fase de reaquecimento que deverá ser lenta, ao ritmo de 0,2° C a 0,5° C por hora (Capelo, 2017).

A evidência refere que o CDT diminui o metabolismo cerebral e as necessidades energéticas, incluindo as necessidades de oxigénio e o consumo de adenosina trifosfato, inibe a libertação de glutamato e de dopamina, reduz o stress oxidativo e a peroxidação lipídica, bem como a apoptose, resultante do aumento do cálcio intracelular e da libertação do glutamato. Concomitantemente, reduz a própria inflamação e edema, secundárias à isquemia cerebral. O efeito do CDT na contractilidade miocárdica está estritamente dependente da frequência cardíaca. Na bradicardia, o CDT aumenta a contractilidade e portanto, a função sistólica (apesar de discreta disfunção diastólica), mas se a frequência cardíaca subir, a contractilidade pode diminuir de modo significativo (ERC, 2021). Outro mecanismo descrito como decorrente dos efeitos neuroprotetores da hipotermia é a indução de efeitos anticoagulantes. A ativação da coagulação tem um papel importante no desenvolvimento da lesão isquemia-reperusão, com formação de fibrina e bloqueio da microcirculação. O controlo da atividade epiléptica é mais um provável

efeito benéfico da hipotermia no contexto da encefalopatia anóxica, pois as crises convulsivas provocam aumento do consumo de oxigénio pelo cérebro (Rech, Vieira, 2010).

No decurso do CDT podem ocorrer tremores, também designados por *shivering*. O tremor surge entre os 33,5°C e os 35,5°C e consiste numa resposta fisiológica normal na tentativa de manter a temperatura corporal. O aparecimento de tremores é contraproducente, uma vez que produz calor e atrasa o processo de arrefecimento, além de aumentar o consumo de oxigénio e a pressão intracraniana. Frequentemente, na tentativa de controlar os tremores, é necessário recorrer à administração de midazolam e fentanil, bem como, acrescentar bloqueadores neuromusculares ao esquema de sedação (Rech, Vieira, 2010). De acordo com a evidência disponível, as oscilações da temperatura não são benéficas para o *outcome* neurológico, contribuindo para o aparecimento da lesão cerebral secundária, sendo por isso fundamental a constante avaliação da temperatura corporal. Assim, é importante a aplicação de escalas de sedação, nomeadamente a Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), a Ramsay Scale, como também a utilização do Índice Bispectral (BIS) e da Bedside Shivering Assesment Scale (BSAS) (Capelo, 2017).

No que concerne à monitorização da temperatura, esta deve ser contínua e central, sendo iniciada antes da indução da HT para assegurar que a temperatura do corpo do doente se encontra dentro do intervalo alvo e para evitar grandes oscilações. Isto é de preferência conseguido por uma avaliação central quer seja retal, venosa ou esofágica. Existem métodos de avaliação da temperatura intra-vesicais, no entanto esta deve ser cautelosa, porque pode refletir uma temperatura central incorreta se o doente se apresentar em oligúria durante o processo de arrefecimento e reaquecimento (Amaral de Sousa, 2014).

Para a indução do arrefecimento corporal, pode-se recorrer a técnicas invasivas ou não invasivas. Como métodos não invasivos destacam-se as bolsas de gelo, o uso de mantas de arrefecimento/aquecimento e equipamentos comerciais de arrefecimento de superfície, como o Artic Sun 5000®. Os métodos invasivos englobam a circulação extracorporeal, lavagem gástrica, lavagem vesical, lavagem peritoneal, lavagem pleural, infusão soluções geladas e a utilização de cateteres intravasculares, como o CoolGard 3000® que além de controlar o arrefecimento também controla um aquecimento lento e progressivo (Amaral de Sousa, 2014).

Como anteriormente descrito, decorrente da diminuição da temperatura corporal podem surgir efeitos adversos, sendo fundamental uma monitorização contínua para despiste/identificação dos mesmos e rápida intervenção. Na Tabela 2, abaixo representada, poderão ser consultados os efeitos adversos mais comuns associados ao CDT.

TABELA 2 - Efeitos adversos decorrentes da diminuição da temperatura corporal

Tremores ou <i>shivering</i>
Hipotensão
Bradicardia
Arritmias
Aumento da diurese
Distúrbios eletrolíticos (hipofosfatémia, hipocalemia, hipomagnesémia, hipocalcemia)
Diminuição da motilidade gastrointestinal
Resistência insulínica
Comprometimento do sistema imunológico (infecção)
Distúrbio da coagulação

Fonte: Adaptado de Rech, Vieira, 2010 & Capelo, 2017

1.5.5. GESTÃO DE CUIDADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

No que concerne aos cuidados prestados nas unidades de cuidados intensivos, a ERC recomenda:

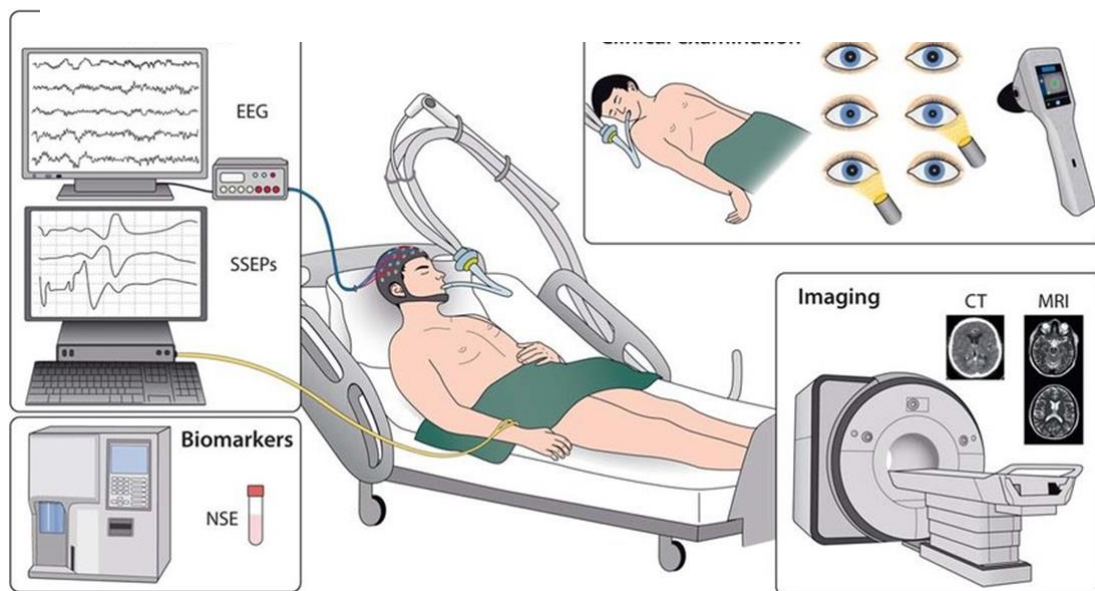
- Utilizar sedativos e opióides de ação curta;
- Evitar a administração de droga bloqueadora neuromuscular rotineiramente em doentes submetidos a CDT, mas pode ser considerado em caso de tremores intensos durante o CDT;
- Realizar prevenção de úlceras de stresse;
- Administrar profilaxia para trombose venosa profunda;
- Manter valores de glicémia controlados, no intervalo entre 140–180 mg dL⁻¹, utilizando perfusão de insulina, se necessário;
- Evitar hipoglicemia (<70 mg dL⁻¹);

- Iniciar alimentação entérica em baixas dosagens durante o CDT e aumentar após o reaquecimento, se indicado. Se o CDT de 36°C for usado como temperatura alvo, as taxas de alimentação gástrica podem ser aumentadas precocemente durante o CDT;
- Não é recomendada a administração de antibióticos profiláticos rotineiramente.

1.5.6. PROGNÓSTICO PÓS-PCR

Nos doentes que se mantêm sem resposta a estímulos após a RCE, o prognóstico neurológico deve ser realizado com base numa estratégia multimodal, uma vez que os indicadores quando analisados de forma isolada não são 100% precisos. Desta forma, deve-se recorrer à avaliação clínica (nomeadamente exame neurológico), avaliação eletrofisiológica (EEG), biomarcadores (mais concretamente a enulase) e exames de imagem, de forma a permitir direcionar os tratamentos com base na probabilidade de o doente alcançar uma recuperação neurológica significativa (ERC, 2021). A Figura 4 que se pode visualizar seguidamente, ilustra a abordagem multimodal, com referência aos parâmetros avaliados.

FIGURA 4 - Prognóstico Pós-PCR: Abordagem multimodal



Fonte: ERC, 2021

Seguidamente encontra-se explanado o capítulo referente ao Estágio Final, que contempla a descrição do contexto no qual o mesmo decorreu e onde foi realizado o processo de implementação do Projeto de Intervenção. O presente enquadramento teórico e concetual suportou o referido processo, pelo que este foi desenvolvido e ajustado com a integração da informação recolhida, no sentido de garantir uma intervenção baseada na evidência científica atual.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

No presente capítulo será realizada uma breve descrição da Instituição e caracterização do serviço no qual decorreu o Estágio Final e a aplicação do projeto de intervenção. Será efetuada uma abordagem aos recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para a prática especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Distrital (CHD). O estágio final contribuiu para o desenvolvimento de várias atividades com o intuito de adquirir e consolidar as competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e de Mestre em Enfermagem. Os dados utilizados foram recolhidos através da observação direta e pesquisa em documentos oficiais do CH.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DISTRITAL

O Centro Hospitalar Distrital (CHD) é constituído por duas Instituições, o Hospital Distrital (no qual se integra o Serviço de Medicina Intensiva) e um Hospital centrado na assistência às pessoas com patologia do foro ortopédico. A missão do CHD consiste na “promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (CHD, 2017a, p.5). O CHD intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referência, cumprindo os contratos programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde. Além do referido, desenvolve ainda um conjunto de atividades complementares, entre as quais se destacam as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação (CHD, 2017a).

No que concerne à visão da instituição, o CHD trabalha para “ser reconhecido como instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento, pretendendo diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente e assumindo-se como centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação de cuidados de saúde” (CHD, 2017a, p.5). No desenvolvimento da sua atividade, rege-se pelos seguintes valores: (1) humanização e não discriminação; (2) respeito pela confidencialidade e dignidade individual de cada doente; (3) promoção da saúde na comunidade; (4) atualização face aos avanços da investigação

e da ciência; (5) excelência técnico-profissional; (6) ética profissional; (7) promoção da multidisciplinaridade e por último (8) respeito pelo ambiente (CHD, 2016).

Na atualidade, a área de influência do CHD abrange aproximadamente 350 mil habitantes, incluindo uma área urbana de grande densidade populacional e uma zona rural dispersa que apresenta algumas dificuldades em termos de acessibilidade (CHD, 2016). O CHD encontra-se implantado na interseção de um conjunto de meios de circulação viária e ferroviária de grande tráfego e próximo de um dos principais portos de mar do país. Além do referido, verifica-se ainda na sua área de influência, a existência de um parque industrial em que as indústrias química e de construção naval assumem particular relevo. Numa outra vertente, a área de influência do CH é também caracterizada por constituir um polo de forte atração turística, gerador de um fluxo de pessoas e bens em particular nos meses de primavera e verão (CHD, 2016).

No que à política de enfermagem diz respeito, o CHD tem como missão “a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem nesta instituição, promovendo a sua melhoria contínua, e reconhecendo como princípio determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem a adoção de todos os documentos legislativos e padrões orientadores do exercício profissional” (CHD, 2022b, p.1).

2.2. SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Medicina Intensiva (MI) consiste numa área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Na atualidade, a MI, representa uma percentagem crescente das camas de cuidados agudos e um dos pilares fulcrais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial, tendo ainda um papel cada vez mais relevante nas Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) (Ministério da Saúde, 2013). Segundo o Ministério da Saúde (2017), os Serviços de Medicina Intensiva (SMI)/Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, quer seja no serviço de urgência nomeadamente através de presença nas salas de emergência ou nas unidades intensivas e intermédias, bem como no internamento através das EEMI e do exercício de consultadoria.

Desta forma, conclui-se que as UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde, 2003, p.6).

No que concerne ao CHD, o Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) é uma unidade integrada no CH, tendo sido inaugurada em 1985 e renovada em 2014. Este serviço detém as características definidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pelas Sociedades de Medicina Intensiva nacional e europeia que permitem afirmar a sua capacidade estrutural, técnica e científica, assim como a organização necessária para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos com disfunção múltipla de órgãos. Está inserido no Departamento de Anestesiologia do CH e integra três unidades funcionais: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI 1º piso), UCI Covid (3º piso) e Equipa de Emergência Médica Interna.

De acordo com o preconizado pela DGS, a UCI na qual se realizou o Estágio Final, é classificada como uma unidade de nível III. Tal como é recomendado para uma unidade deste nível, a UCI do CH dispõe de: equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem); assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; dispõe dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários e tem instituídas medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos, para médicos e enfermeiros.

No que respeita aos cuidados prestados, trata-se de uma Unidade Polivalente, tendo em conta que admite doentes com patologias do foro médico e cirúrgico sem predominância de uma especialidade específica. A EEMI do CH foi criada para alargar a assistência ao doente crítico para lá da área geográfica da UCI, seguindo o modelo preconizado pela DGS. Possui regulamento próprio e depende hierárquica e funcionalmente do SCI, para dar resposta aos cuidados urgentes aos doentes internados em risco, sendo ainda responsável pelo atendimento aos utentes e profissionais que circulam nas áreas comuns do CH, sempre que se justifique (CHD, 2018a).

Assim, o SCI do CH tem como missão “a gestão do doente crítico dentro do Hospital” e a sua atividade é centrada “no doente e na humanização e equidade dos cuidados prestados, sendo valorizados a diferenciação técnico-profissional e atualização científica dos seus profissionais, assim como a ética profissional e a qualidade traduzida em ganhos de eficácia, eficiência e segurança” (CHD, 2018a, p.4).

Tendo em conta o descrito, verifica-se que o SCI é o local de eleição para o doente crítico, articulando-se com as outras Unidades de Cuidados Intensivos do CH, de menor nível (Unidades de Cuidados Intermédios ou de níveis I e II), para dar resposta aos cuidados urgentes aos doentes internados. A relação funcional estende-se ao Serviço de Urgência e às Vias Verdes Coronária e de Acidente Vascular Cerebral (AVC), assim como aos Blocos Operatórios, de forma a garantir os cuidados de Medicina Intensiva, quando estes são necessários (CHD, 2018a). Desta forma, a UCI funciona como unidade de referência das outras unidades de cuidados aos doentes críticos do Hospital. Muitos doentes são admitidos diretamente do Serviço de Urgência e dos Blocos Operatórios, mas poderão provir de qualquer enfermaria do CH (CHD, 2018a).

2.2.1. SCI: ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAMENTO

No que concerne à estrutura física, o SCI tem a sua unidade de internamento (UCI) situada no piso 1 da ala nascente do Centro Hospitalar. No entanto, decorrente da pandemia associada ao SARS-CoV-2, houve necessidade de aumentar o número de camas alocadas à UCI pelo que atualmente o SCI dispõe de uma unidade de internamento, no Piso 3, constituída por 5 camas, cujo objetivo consiste em prestar assistência ao doente crítico por patologia SARS-CoV-2.

A área total da UCI localizada no 1º piso é de, aproximadamente, 350 m², com acesso e circuitos diferenciados para doentes e materiais clínicos, abrangendo uma área de doentes (com 140 m²) e uma área de apoio (210 m²). A área de doentes dispõe de 7 camas, 5 das quais em área comum e 2 camas em isolamento físico, possuindo uma zona de trabalho de enfermagem/controlo central com visão direta sobre todas as camas. A área de apoio é composta por uma área de Receção/Secretariado, 2 Gabinetes Médicos, multifuncionais (gabinetes de trabalho clínico, reuniões, atendimento aos familiares, direção do serviço e repouso do médico de serviço), 1 gabinete de enfermagem com funcionalidade idêntica aos anteriores, 2 sanitários para profissionais, 1 copa, 1 pequeno Laboratório, 1 armazém de equipamentos, dispendo de uma área anexa para limpeza de materiais, 1 sala para material de consumo clínico, 1 sala de sujos/resíduos e 1 vestiário para profissionais (CHD, 2018a).

No 3º piso, a área de doentes dispõe de 5 camas, e à semelhança do piso 1, a zona de trabalho de enfermagem dispõe de visão direta sobre todas as unidades. Existe ainda uma sala

para material de consumo clínico, 1 sala de sujos/resíduos, 1 gabinete médico, 1 vestiário/instalações sanitárias e 1 copa.

Cada unidade doente/cama, encontra-se dotada dos equipamentos necessários à prestação de cuidados com segurança e qualidade, nomeadamente: 12 Tomadas elétricas; 2 Saídas de oxigénio, 2 Saídas de vácuo e 1 saída de ar comprimido; 2 Aspiradores de pressões variáveis; Iluminação individualizada com focos de luz de intensidade regulável; 2 Suportes de teto para apoio dos sistemas de infusão de soros e fármacos; 1 Cama articulada, quadripartida, permitindo movimentos por secções, suportados eletricamente, com colchão anti escara; 1 Ventilador com capacidade para modos ventilatórios invasivos, assistido e controlados por volume ou por pressão, dispondo de alarmes e monitorização respiratória permitindo, ainda, ventilação não invasiva; 1 Monitor multicanal, com ecrã policromático, permitindo leitura de traçados e valores digitais de ECG, pressões arteriais invasivas e não invasivas, pressão venosa central, pressão da artéria pulmonar, pressão de encravamento, débito cardíaco e parâmetros derivados da cateterização com cateter de Swan-Ganz, deteção de arritmias, frequência respiratória e oximetria de pulso; é possível o registo em memória e dispõe de alarmes visíveis e sonoros; 1 Mesa de Enfermagem; Várias Bombas Perfusoras volumétricas de alto débito, com alarmes de segurança; Várias Seringas Perfusoras, com controlo de débito e alarmes de segurança; Bombas de Alimentação Entérica, com controlo de débito e alarmes de segurança; Insufladores manuais (soros sob pressão). Além do mencionado, o SCI dispõe ainda de outros equipamentos de reserva, essenciais à prestação de cuidados ao doente crítico (CHD, 2018a).

Relativamente aos registos clínicos (médicos e de enfermagem) e prescrição de terapêutica, estes encontram-se informatizados, sendo que os registos de Evolução de Enfermagem constam do processo clínico informatizado conforme a plataforma SClínico.

A UCI presta a sua assistência nas 24 horas do dia de forma ininterrupta e com regras de admissão regulamentadas. As visitas decorrem, no período das 18:00 às 20:00.

2.2.2. SCI: RECURSOS HUMANOS

Relativamente aos recursos humanos, o SCI possui quadro próprio, constituído por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e um assistente administrativo.

A equipa de enfermagem é constituída por 52 enfermeiros com contrato efetivo de trabalho, sendo um deles a enfermeira coordenadora do serviço, e adicionalmente mais 7 enfermeiros tarefeiros que prestam cuidados em horário parcial. Os 52 enfermeiros que compõe a equipa de enfermagem, encontram-se distribuídos por 6 equipas de prestação de cuidados gerais e uma equipa constituída exclusivamente por 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. A equipa de reabilitação, identifica as necessidades de intervenção a todos os doentes internados, no domínio da sua especialidade, e prestam cuidados específicos durante o turno da manhã. Existem 6 chefes de equipa, todos eles especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Em cada turno existe, na UCI, um enfermeiro chefe de equipa, que orienta/ supervisiona a equipa de enfermagem e assistentes operacionais. É da sua responsabilidade a resolução de problemas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados. A sua nomeação é interna não tendo carácter definitivo e será de acordo com os seguintes critérios: tempo de trabalho no serviço, experiência e capacidade de liderança e motivação para o exercício da função. A distribuição de trabalho é efetuada utilizando o método individual, que consiste na atribuição a cada enfermeiro de um número de doentes que não ultrapasse o rácio de 1:2. Segundo a Rede de Referência de Medicina Intensiva, o rácio enfermeiro/doente nos SMI deve ser flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, e de acordo com perfil, missão e carteira assistencial (Ministério da Saúde, 2017). O Regulamento nº 743/2019 – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, refere que em unidades de nível III as dotações de enfermagem devem ser de 1:1. No SMI do CHD, o rácio é definido através da classificação de doentes com recurso à escala de Nursing Activity Score (NAS) que visa, de forma objetiva e uniforme, identificar e caracterizar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, através da sua categorização por indicadores críticos e segundo um padrão de qualidade definido. Com base no score obtido pretende-se cumprir o rácio adequado enfermeiro/doente, indo ao encontro das dotações seguras, ou seja, assegurar o número necessário de enfermeiros e com a formação necessária e adequada à complexidade das necessidades dos doentes.

A equipa médica, com contrato de trabalho a tempo inteiro, é constituída por 10 médicos dos quais 1 exercendo as funções de diretor do serviço. Para assegurar a prestação de cuidados médicos fora da UCI e a presença médica contínua durante 24 horas, existem médicos em regime de prestação de cuidados em tempo parcial.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por 19 elementos que trabalham em horário rotativo e são distribuídos em consonância com a distribuição dos enfermeiros, respeitando a metodologia de trabalho individual.

De referir que a equipa multidisciplinar integra ainda uma assistente administrativa, que cumpre horário entre as 08:00 e as 16:00 horas, em dias úteis. Fora deste horário o serviço de secretariado é efetuado pelo secretariado do serviço de urgência.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

No âmbito do Estágio Final foi proposta a elaboração de um projeto, “ajustado à tipologia e organização da realidade onde o estágio decorre” (AESES, 2023b, p.3). O vocábulo *projeto* deriva do latim *projectare* que significa lançar para a frente/atirar e, surgiu primeiramente no século XV. Assim, projetar significa investigar um determinado tema, problema ou situação com o intuito de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Segundo as autoras referenciadas, o projeto consiste num plano de trabalho que se organiza para resolver/estudar uma problemática e que preocupa os intervenientes que o irão executar.

Com vista ao desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, utilizou-se como recurso a metodologia de projeto. A metodologia de projeto tem como base uma investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). De acordo com as mesmas autoras, esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.

A metodologia de projeto é constituída por cinco etapas, que seguidamente se enumeram: (1) diagnóstico de situação; (2) definição dos objetivos, (3) planeamento, (4) execução e avaliação e a última etapa a (5) divulgação dos resultados. O objetivo principal da metodologia de projeto consiste na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. “A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.3).

No que concerne ao presente PIS, a área de intervenção selecionada recai sobre os cuidados pós-reanimação, tendo em conta as mais recentes orientações no âmbito da atuação e educação em reanimação, emanadas pela European Resuscitation Council no Congresso Resuscitation que decorreu no ano de 2021. A escolha da temática tem como objetivo responder a uma necessidade efetiva de intervenção do serviço no qual decorre o estágio.

Nos subcapítulos que se seguem encontra-se explanado as várias etapas que constituem a metodologia de projeto aplicadas à problemática identificada.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa que diz respeito à metodologia de projeto consiste no diagnóstico de situação e visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação problema identificada (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Nesta fase é realizada uma análise das necessidades da população com o intuito de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e “aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.10).

De acordo com as autoras mencionadas, na etapa de diagnóstico de situação, definem-se “os problemas quer quantitativa que qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, seleccionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.11). De referir que o diagnóstico de situação é dinâmico e contínuo, uma vez que existem frequentes mudanças na realidade, nas instituições de saúde e nos seus respetivos serviços.

O PIS elaborado desenvolveu-se no Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) do Centro Hospitalar Distrital. Os doentes admitidos neste serviço são pessoas a vivenciar processos complexos de doença e em situação crítica, com necessidade de cuidados especializados, vigilância e controlo de sinais e sintomas diferenciados. Pelas características e potencial de aprendizagem e desenvolvimento de competências no respetivo serviço, considerou-se este local como ideal para realizar o Estágio Final e simultaneamente desenvolver o PIS.

Relativamente ao diagnóstico de situação, este foi efetuado com recurso a diversos instrumentos diagnósticos, nomeadamente: entrevista não estruturada, *scoping review* e através da análise SWOT. Seguidamente descreve-se de forma mais pormenorizada o processo de identificação das necessidades.

3.1.1. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A definição do problema constitui o princípio da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto, e nesta etapa realiza-se a definição das hipóteses e a operacionalização das variáveis a considerar (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Aquando da necessidade de identificar uma área de intervenção para a elaboração do PIS, tornou-se fundamental encontrar um problema/necessidade real do contexto no qual decorreu o estágio, e que fosse sensível à intervenção de enfermagem.

A investigação requer recolha de dados sobre o que se quer explorar. Segundo Fortin (1999) a recolha de dados é uma colheita sistemática de informações junto de pessoas pertinentes, com recurso a métodos de colheita (observações, entrevistas, questionários, escalas normalizadas). Para a identificação e validação dos problemas aos quais pretendemos dar resposta, muitos são os métodos à disposição do enfermeiro. Os mais utilizados na prática clínica são: a entrevista, o questionário, métodos de análise da situação, nomeadamente a análise SWOT, cadeia de valores, FMEA e *Stream Analysis* (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). De acordo com as mesmas autoras, à utilização dos métodos está implícita a observação do contexto e das pessoas, todos os intervenientes e atividades, sendo o ponto de partida para a sua correta e fiável utilização.

a) Entrevista

Com o intuito de identificar a problemática, recorreu-se à realização de entrevista não estruturada à enfermeira orientadora e posterior validação com a enfermeira coordenadora do SCI. Segundo Fortin (1999), a entrevista consiste em um modo de comunicação verbal estabelecido entre o investigador e os participantes, com o intuito de recolher informações relativas a factos, ideias, comportamentos, preferências, necessidades, sentimentos, entre outros. Existem dois tipos de entrevista: a estruturada ou uniformizada e a entrevista não estruturada ou não uniformizada. Desta forma, procedeu-se à realização de uma entrevista do tipo não estruturada, que segundo Fortin (1999, p.247) “é aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à livre disposição do entrevistador”.

Quando questionada a enfermeira orientadora sobre eventuais necessidades da equipa/serviço, esta identificou claramente a necessidade de intervenção sobre a temática da atualização de conhecimentos referentes aos cuidados pós-reanimação, bem como, a uniformização dos cuidados com base nas *guidelines* mais recentes, emanadas pela ERC e pela AHA. Os cuidados pós-reanimação constituem uma temática atual e que tem vindo a ganhar enfoque nos

últimos anos, uma vez que a evidência demonstra que a qualidade da assistência prestada após a RCE é determinante para o aumento da taxa de sobrevivência pós-PCR. Desta forma, a pertinência da temática revela-se fulcral uma vez que o conhecimento da equipa e a padronização dos cuidados podem impactar diretamente na sobrevida do doente. Tendo em conta o descrito, a temática em apreciação no presente PIS foi selecionada com base na evidente necessidade de atualização da equipa sobre as diretrizes dos cuidados pós-reanimação e a padronização das condutas de Enfermagem.

A equipa do SCl teve recentemente alterações na sua composição decorrente da integração de novos enfermeiros, muitos deles recém-licenciados, com menos de 5 anos de profissão ou sem experiência na prestação de cuidados a doente crítico. Tendo em conta estes aspetos, revela-se fundamental a partilha e divulgação das novas *guidelines* sobre os cuidados pós-reanimação. Além do referido, verifica-se a inexistência de um procedimento orientador sobre cuidados de enfermagem pós-reanimação, que permita uniformizar os cuidados prestados. Desta forma, a necessidade identificada tem como tema central a priorização da segurança do doente e do profissional, e insere-se nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e, organização dos cuidados de enfermagem. Além do referido, o PIS enquadra-se no âmbito da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mais concretamente a competência 1 do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica que “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363), assim como no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista - responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e aprendizagens profissionais.

b) Análise SWOT

Para validação da temática mencionada, utilizou-se como ferramenta de diagnóstico, a análise SWOT. A SWOT consiste numa análise baseada no equilíbrio entre o ambiente interno e o externo. Forças (Strengths) e Fraquezas (Weaknesses) estão relacionadas ao ambiente interno da empresa e as Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats), referem-se ao ambiente externo (Barbosa, et al., 2017). Este método permite a reflexão e confrontação entre os fatores positivos e negativos identificados perante a situação (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

A utilização da ferramenta em apreço foi utilizada com o intuito de estabelecer prioridades, facilitando a operacionalização do PIS. Através da análise SWOT podemos constatar que os pontos fortes relativos ao SCI conseguem atenuar os pontos negativos identificados. A análise SWOT realizada no âmbito do presente PIS pode ser consultada na Tabela 3 seguidamente ilustrada.

TABELA 3 - Análise SWOT

	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
INTERNAS	✓ Necessidade de intervenção validada pela Enfermeira Coordenadora, Enfermeira orientadora e restante equipa de Enfermagem; ✓ Equipa de Enfermagem jovem, dinâmica e recetiva a novos projetos; ✓ Equipa de Enfermagem organizada por modelo multifuncional; ✓ Temática sensível e pertinente no SCI; ✓ Problemática relacionada com a qualidade, segurança e satisfação do utente, mas também com a segurança e satisfação do profissional de saúde; ✓ Focalização no doente; ✓ Oportunidade de melhoria da gestão e prestação de cuidados.	✓ Recursos humanos referentes à equipa de Enfermagem limitados; ✓ Equipa com 24% de elementos sem formação SAV e 37% com formação SAV há mais de 5 anos (informação gentilmente cedida por responsável pela formação do SCI); ✓ Risco de resistência à mudança por alguns elementos da equipa.
EXTERNAS	OPORTUNIDADES ✓ Tema inserido nos padrões de qualidade de enfermagem; ✓ Temática que articula diretamente com a competência 1 do enfermeiro especialista; ✓ Temática inserida nas <i>guidelines</i> da ERC e AHA; ✓ Continuidade das metas de qualidade e segurança do programa de acreditação CHKS e Política de Qualidade do CHD; ✓ Possibilidade de redução dos custos económicos ao reduzir o tempo de internamento e/ou comorbilidades e complicações.	AMEAÇAS ✓ Constrições políticas e económicas atuais, que podem comprometer os recursos Humanos disponíveis e orçamentos; ✓ Medidas restritivas associadas à pandemia COVID-19 e que têm impossibilitado o desenvolvimento de ações de formação e implementação de projetos; ✓ Tempo de resposta na aprovação pelo Conselho de Administração.

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta o descrito e após a utilização dos diversos instrumentos diagnósticos que permitiram identificar as necessidades do serviço, formulou-se o problema geral do presente PIS: **Necessidade de otimização dos cuidados pós-reanimação considerando as últimas guidelines.**

3.1.2. DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS PARCELARES

Após a identificação do problema geral, houve necessidade de reconhecer os problemas parcelares que o compõem. Desta forma, enumeram-se os seguintes problemas parcelares:

- (1) Necessidade de atualização da equipa de Enfermagem relativamente às *guidelines* sobre cuidados pós-reanimação;
- (2) Inexistência de um procedimento orientador sobre os cuidados de enfermagem a prestar ao doente após RCE.

3.1.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Tendo em conta o problema geral identificado, e os problemas parcelares a ele associado, determinaram-se as prioridades em consonância com as boas práticas em vigor, nomeadamente:

- (1) Identificação da evidência científica existente sobre cuidados pós-reanimação;
- (2) Divulgação de *guidelines* baseadas na evidência relacionadas com os cuidados pós-reanimação;
- (3) Elaboração de proposta de norma de procedimento de enfermagem sobre os cuidados pós-reanimação;
- (4) Implementação de um procedimento que permita a uniformização dos cuidados prestados após a RCE.

3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A segunda etapa da metodologia de projeto consiste na definição de objetivos. De acordo com Ruivo et al. (2010), os objetivos apontam os resultados que se pretendem atingir, podendo incluir deferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico. Segundo Mão-de-Ferro (1999) evocado por Ruivo et al. (2010), os objetivos gerais descrevem os resultados esperados e dizem respeito a competências amplas e complexas. No que concerne aos objetivos específicos, estes são indicadores dos conhecimentos e aptidões que os formandos devem alcançar ao longo do seu processo formativo (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Tendo em conta o descrito, o objetivo geral delineado para o presente PIS foi: Melhorar a Qualidade e a Segurança dos cuidados de enfermagem pós-reanimação no SCI

Como objetivos específicos foram definidos:

- (1) Elaborar uma proposta de norma de procedimento de enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem pós-reanimação;
- (2) Apresentar a proposta de norma e *guidelines* à equipa de enfermagem sobre os cuidados pós-reanimação;
- (3) Implementar a norma de procedimento de enfermagem sobre os cuidados pós-reanimação.

3.3. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O planeamento diz respeito à terceira fase da Metodologia de Projeto, sendo nesta fase em que é efetuado o levantamento dos recursos, assim como as limitações condicionantes do trabalho. Nesta fase são igualmente definidas as atividades a desenvolver, bem como, os métodos e técnicas de pesquisa e respetivo cronograma (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

A execução corresponde à quarta etapa da Metodologia de Projeto, e caracteriza-se por colocar em prática o que foi previamente planeado, isto é, onde a investigação é transformada em ação. Nesta etapa, são recolhidos dados, posteriormente analisados, com o intuito de resolver os problemas identificados anteriormente (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O planeamento e execução deste projeto serão abordados conjuntamente, tendo em conta que, se tratam de etapas interligadas e interdependentes.

Nesta fase do projeto, para cada objetivo específico foram delineadas as atividades a serem desenvolvidas, assim como, os recursos necessários para a sua execução. Como elemento facilitador do processo, foi elaborado um cronograma de atividades que pode ser consultado no Apêndice I.

Seguidamente, apresentamos as atividades e estratégias delineadas para atingir os objetivos específicos planeados, assim como os recursos utilizados.

3.3.1. ELABORAR UMA PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PÓS-REANIMAÇÃO

Na atualidade, os cuidados pós-reanimação têm sido tema de destaque nos congressos da ERC e da AHA, sendo que as referidas entidades têm vindo a reforçar a importância da qualidade e uniformização destes cuidados, conseguindo-se aferir uma correlação entre estes e a taxa de sobrevivência após a RCE. Tendo em conta os aspetos referidos, revela-se fundamental sensibilizar a equipa de enfermagem para esta realidade possibilitando uma melhoria dos cuidados prestados.

Para o objetivo supramencionado foram definidas as seguintes atividades:

- ✓ Realização de revisão da literatura sobre a temática nas bases de dados eletrónicas e *sites* de referência, através de uma *Scoping Review*;
- ✓ Elaboração do protótipo da norma de procedimento de enfermagem sobre os cuidados pós-reanimação;
- ✓ Elaboração de uma *checklist* dos cuidados de enfermagem ao doente após RCE;
- ✓ Apresentação e análise do protótipo da norma de procedimento de enfermagem e da *checklist* com Prof.^ª Orientadora, Enf. Orientadora e pela Enf.^ª responsável pelo SCI;
- ✓ Elaboração da versão final da proposta de norma de procedimento de enfermagem e da *checklist*.

Recursos Humanos: Estudante, Prof.^ª Orientadora; Enf.^ª Orientadora e Enf.^ª responsável pelo SCI.

Recursos Materiais: Computador, Bases de dados científicas eletrônicas e *sites* de referência disponíveis com recurso à Internet; livros de referência; material informático; papel para impressão.

Indicadores de Avaliação:

- ✓ Apresentação da proposta da norma de procedimento de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem pós-reanimação (Apêndice II);
- ✓ Apresentação da *checklist* dos cuidados de enfermagem ao doente após RCE (Apêndice III).

3.3.2. APRESENTAR A PROPOSTA DE NORMA E *GUIDELINES* À EQUIPA DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO

O desenvolvimento profissional do enfermeiro ocorre de forma progressiva e contínua, à medida que, vai adquirindo experiência e conhecimento proveniente da evidência, bem como, da prática clínica. Este processo decorre em simultâneo com o desenvolvimento pessoal (Pereira e Cunha, 2017). De acordo com a mesma autora, no caminho do desenvolvimento profissional, a forma como se encara o que é ser enfermeiro poderá ser bastante diferente no primeiro ano, no quarto ano ou ao longo dos anos de exercício.

O saber em Enfermagem é um saber de ação ao longo da vida, que requer investimento pessoal através da formação e vasta experiência no contexto. Só assim se torna possível alcançar elevados “níveis de desempenho, de perícia e almejar a qualidade em saúde, desígnio das entidades nacionais e internacionais ligadas à saúde” (Pereira e Cunha, 2017, p.26). Segundo Benner (2001), a perícia clínica é um híbrido entre o conhecimento teórico formal e o conhecimento prático (de experiência). De acordo com a mesma autora, a capacidade de tomar decisões clínicas, perante situações complexas, é o elemento diferenciador dos enfermeiros relativamente à sua perícia, alcançando-se a perícia a partir da passagem por cinco níveis: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito

Em suma, pode-se afirmar que a perícia do enfermeiro é um processo dinâmico e gradual, integrando múltiplos fatores de ordem pessoal, profissional e do contexto. É adquirida através da passagem do tempo, acumulação de experiências na abordagem da pessoa em situação crítica, bem como, pelo investimento pessoal contínuo em processos de formação, quer individual como coletivo.

Evocando o desenvolvimento de competências descrito por Benner (2001), podemos constatar que o SCl detém atualmente uma percentagem elevada de enfermeiros iniciados e iniciados avançados, tendo em conta a recente admissão no serviço de enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional. Esta situação foi ocasionada pela necessidade de aumentar os recursos humanos, que emergiu devido à pandemia associada ao vírus SARS-COV2. Concomitantemente, nos últimos dois anos (2020-2022), e também devido à pandemia causada pela COVID-19, não tem sido possível desenvolver formações em serviço, sendo esta uma das necessidades mais evidentes identificadas pelas equipas de enfermagem e que no contexto foram verbalizadas. Tendo em conta o descrito, torna-se evidente a pertinência do presente PIS, com o intuito de partilhar as *guidelines* sobre os cuidados pós-reanimação e contribuindo para a atualização de conhecimentos da equipa através de uma sessão de formação.

A formação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, é um fator intrinsecamente ligado à qualidade e segurança dos cuidados. É através da formação teórica e prática que os enfermeiros se mantêm atualizados, mobilizam os conhecimentos para os contextos práticos e realizam práticas centradas na pessoa e baseadas em evidências científicas e atuais (J. Martins, et al., 2012). A formação da equipa de enfermagem relativamente aos cuidados pós-reanimação, enquadra-se no âmbito da formação de adultos, sendo que esta “visa a capacitação de adultos, dentro de uma perspetiva de mudança, de forma a permitir a realização e o desenvolvimento dos indivíduos e das respetivas potencialidades, garantindo um papel ativo no desenvolvimento socioeconómico e cultural” (Mão-de-Ferro, 1999, p.16)

No que concerne à formação em serviço, esta tem como objetivo colmatar as necessidades de formação dos enfermeiros e promover o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho, permitindo refletir sobre práticas e cuidados prestados (Tojal, 2011). Pode, ainda, ser um método para dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, constituindo uma forma de atualização, alertando-nos para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação e apelando à criatividade e responsabilidade individual (Tojal, 2011).

Para a concretização do referido objetivo específico foram definidas as seguintes estratégias:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática em bases de dados científicas e *sites* de referência;

- ✓ Elaboração do plano da sessão de formação (Apêndice IV);
- ✓ Construção de meios auxiliares (ex: diapositivos) para apresentação;
- ✓ Calendarização da sessão de formação em serviço sobre os “Cuidados Pós-reanimação”;
- ✓ Validação com a Prof.ª Orientadora, Enfª Orientadora e Enf.ª responsável pelo SCI do plano da sessão e respetivo suporte formativo elaborados;
- ✓ Divulgação da ação de formação através de correio eletrónico e afixação de folheto informativo no serviço;
- ✓ Realização da ação de formação;
- ✓ Avaliação da ação de formação.

Recursos Humanos: Estudante, Prof.ª Orientadora; Enfª Orientadora e Enf.ª responsável pelo SCI, Equipa de Enfermagem do SCI.

Recursos Materiais: Computador, Bases de dados científicas eletrónicas e sites de referência disponíveis com recurso à Internet; livros de referência; material informático; papel para impressão, sala de formação.

Indicadores de Avaliação:

- ✓ Realização do plano de sessão de formação;
- ✓ Realização de materiais de apoio à sessão de formação;
- ✓ Realização da sessão de formação em serviço planeada com a presença de, pelo menos, 50% dos enfermeiros do serviço;
- ✓ Preenchimento do questionário de avaliação da sessão de formação em serviço, do formador e dos conhecimentos adquiridos pelos formandos por, pelo menos, 50% dos enfermeiros.

3.3.3. IMPLEMENTAR A NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO

As normas de procedimento visam a padronização/uniformização dos cuidados prestados, com base na evidência, tendo por objetivo melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Não obstante, os cuidados de enfermagem devem ser personalizados e holísticos.

Para a consecução do referido objetivo, foram delineadas as estratégias seguintes:

- ✓ Submissão da proposta de norma de procedimento de enfermagem para apreciação ao Conselho de Administração;

- ✓ Divulgação da norma de procedimento de enfermagem e da *checklist* à equipa de enfermagem do SCl;
- ✓ Análise dos dados da *checklist*, através da implementação de indicadores de resultados

Recursos Humanos: Conselho de Administração; Prof.^a Orientadora; Enf. Orientadora; Enf^a responsável pelo SCl; Equipa de Enfermagem do SCl.

Recursos Materiais: Material informático; papel para impressão; sala de formação.

Indicadores de Avaliação:

- ✓ Aprovação da norma
- ✓ Taxa de conformidade do procedimento, cuja meta pretendida é de 70%, 6 meses após a implementação.

3.4. AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO

A última etapa da metodologia de projeto consiste na avaliação, sendo nesta fase que se verifica a consecução dos objetivos definidos anteriormente. A avaliação é contínua e deve ser efetuada ao longo de todo o projeto, permitindo uma retroação com o intuito de facilitar a redefinição da análise de situação, a reelaboração de objetivos, ação e seleção dos meios, assim como, a análise dos resultados (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). De acordo com as autoras mencionadas, a avaliação deve disponibilizar os elementos necessários para intervir no sentido de “melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.24).

De referir que existem múltiplos instrumentos de avaliação, que são selecionados em consonância com os objetivos e tipo de informação a recolher, o momento em que a avaliação é realizada, as competências dos elaboradores do instrumento, o tempo e as verbas disponíveis, assim como a forma de tratar os dados obtidos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

A execução do PIS abrangeu a elaboração de uma proposta de norma de procedimento de enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem pós-reanimação, assim como, a construção de uma *checklist* dos cuidados de enfermagem ao doente após RCE.

As normas de procedimentos de enfermagem devem ser realizadas com base nos seguintes pressupostos: consistem em linhas orientadoras para a prática dos cuidados; uniformizam a execução de procedimentos, garantindo a realização de boas práticas; orientam a realização de determinados procedimentos; desenvolvem a arte de bem fazer, tendo como objetivo a manutenção do conforto do doente (ACSS, 2011). Neste sentido, o objetivo “Elaborar uma proposta de norma de procedimento de enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem pós-reanimação” foi delineado de forma a funcionar como um instrumento útil na prestação de cuidados seguros e de qualidade, com base na realização de boas práticas. Relativamente à proposta de norma (Apêndice II), esta foi realizada com base na *scoping review* efetuada, adaptando os cuidados abordados às intervenções de enfermagem, sejam elas autónomas ou interdependentes. A *checklist* desenvolvida consiste num quadro resumo dos cuidados de enfermagem Pós-Reanimação à Pessoa Vítima de PCR, constituindo-se como fonte de consulta que irá nortear os cuidados.

A proposta de norma de procedimento de enfermagem, assim como a *checklist*, visa contribuir para a uniformização e eficácia dos cuidados de enfermagem ao doente pós-PCR, garantido a sua qualidade e a segurança. De forma a apresentar a Norma de Procedimento de Enfermagem, foram realizadas reuniões com a Enf.^a Coordenadora e a Enf.^a orientadora. Após discussão de ideias, foram realizados os ajustes necessários, seguindo as recomendações propostas. Posteriormente, a proposta de norma foi entregue à Enf.^a Coordenadora para que o processo de aprovação tivesse início, procedendo com a submissão da norma para o Conselho de Administração. Sendo este um procedimento moroso, aguarda-se validação da mesma. Embora sem a aprovação da proposta de norma, o documento final foi apresentado à equipa de enfermagem do SCI.

Neste sentido, foi realizada uma sessão de formação com o intuito de: (1) partilhar as orientações mais recentes no âmbito da atuação e educação em cuidados pós-reanimação, emanadas pelo European Resuscitation Council (ERC) no Congresso Resuscitation que decorreu no ano de 2021; e (2) apresentar à equipa o procedimento de enfermagem ao doente Pós-PCR e *checklist* dos Cuidados Pós-PCR, elaborados no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica. A sessão de formação contou com a presença de 48% dos enfermeiros do SCI, sendo que a mesma será posteriormente replicada pela enfermeira orientadora com o intuito de abranger 100% da equipa de enfermagem, constituindo-se como parte integrante do plano de formação em serviço. A avaliação da sessão de formação, foi efetuada através do preenchimento de instrumento existente na instituição para o efeito.

Com base no descrito, conclui-se que a *Scoping review* foi relevante para a prática baseada em evidência na prestação dos cuidados de enfermagem, assim como o procedimento setorial para a uniformização dos cuidados. Concluímos que os cuidados pós-PCR têm potencial significativo de reduzir a mortalidade e limitar a ocorrência de lesão neurológica e incapacidade funcional, com consequente melhoria da qualidade de vida, pelo que os cuidados de enfermagem após RCE devem ser de conhecimento e domínio do enfermeiro, por forma a que o mesmo possa atuar com qualidade e segurança e com base nas diretrizes e evidências de RCP disponíveis

Consideramos importante mencionar que o objetivo delineado “**implementar a norma de procedimento de enfermagem sobre os cuidados pós-reanimação**” não foi completamente atingido, tendo em conta que a aprovação da norma se encontrava pendente à data de elaboração do relatório. Contudo a metodologia de projeto refere que na fase inicial de um projeto é frequente não existirem resultados preponderantes, pelo que a avaliação se constitui como um processo dinâmico e deve ser contínua (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Por fim, de realçar que o PIS terá continuidade no SCI, com a replicação da sessão de formação e implementação da norma.

Seguidamente será efetuada uma análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, assim como, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, para o qual contribuiu de forma decisiva, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e anteriormente descritas.

4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Numa primeira instância, considera-se oportuna a compreensão do estado da arte quanto ao significado de competência. A reflexão sobre as competências e os diferentes domínios que as qualificam, tem sido, desde as últimas décadas, muito importante e influente em diferentes áreas profissionais, nomeadamente na educação, na gestão e na saúde. O conceito de competência tem múltiplas abordagens e pode diferir conforme as organizações e dentro destas, com as diferentes situações de trabalho, sendo o seu conteúdo de elevada plasticidade, dado que se espera do profissional uma atuação célere e eficiente, que responda a situações complexas, sabendo analisar, priorizar, tomar decisões com capacidade de iniciativa e de forma responsável (M. Correia, 2012).

Verifica-se assim, que a competência é um conceito de difícil definição pois é usualmente associado a outros conceitos, tais como, o conhecimento, os recursos ou as habilidades. Na atualidade, ser “profissionalmente competente” é encarado de forma totalmente diferente do ser competente há cinquenta anos, considerando que o desenvolvimento científico-tecnológico se tem vindo a acentuar a partir da segunda metade do século XX. De fato, de acordo com Le Boterf (1999), o sentido mais tradicional da noção de competência já não permite compreender os novos desafios colocados pelo século XXI e terá de ganhar novos contornos, tornando-se pluridimensional.

O conceito de competência é assim definido como um saber agir, de modo pertinente e eficaz, perante uma situação num determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação. Implica um "saber combinatório", isto é: saber selecionar, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, informações, predisposições, procedimentos/técnicas, métodos, processos, recursos, habilidades, considerando as aprendizagens pessoais (biografia e socialização), a formação educacional (saberes, valores e atitudes) bem como, a experiência profissional (Le Boterf, 2003; Roldão, 2003).

Com o intuito de reunir consenso na conceção de competência em enfermagem, tem vindo a ser efetuada a discussão em torno do termo, sustentando que dado que a enfermagem requer uma complexa combinação de saberes, comportamentos, atitudes e performance, é necessário encontrar uma definição holística para o “ser competente” que reúna aceitação e seja

operacionalizável (M. Correia, 2012). O saber profissional de enfermagem advém de um processo de construção, assente numa prática implicada e refletida, que deve ser centrada nas pessoas e nas suas necessidades de cuidados. A relação entre os saberes e a construção de competências desenvolve-se a partir do conhecimento em enfermagem, tendo por referência quatro dimensões de conhecimento: empírico, pessoal, estético e ético, (Carper, 1978; Fawcett et al, 2001) e uma quinta dimensão, proposta por White (1995), o conhecimento sociopolítico que relaciona o ponto de vista comunitário, económico e político com implicações culturais.

A elaboração do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais resultou de um percurso de construção de consensos, partindo do documento ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse, tendo sido, em 2003, publicado e amplamente divulgado (OE, 2015b). Com a crescente evolução da enfermagem enquanto profissão e disciplina do conhecimento, surgiram as especialidades em Enfermagem sendo o primeiro regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) publicado em Portugal em 2011 através do regulamento n.º 122/2011 da OE e republicado em 2019 através do regulamento n.º 140/2019 da OE e que se encontra em vigor atualmente. Este último especifica não só os diferentes conceitos de competências bem como os diferentes domínios de competências comuns do EE no que respeita à responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº26, 2ª série).

No presente capítulo pretende-se realizar uma reflexão crítica e devidamente fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do EE, Competências Específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e das Competências de Mestre com principal enfoque no estágio final que se revestiu de extrema importância neste processo de aquisição de competências. De realçar que, tendo em conta que as competências comuns e específicas se correlacionam com as competências de Mestre em Enfermagem, estas irão ser abordadas conjuntamente sempre que se verifique a sua pertinência.

Neste sentido e, por forma a dar resposta a este desenvolvimento de competências foi elaborado um projeto de competências (Apêndice V) e um PIS, onde foram definidos objetivos e planeadas atividades e estratégias a desenvolver tendo por base as competências comuns do EE e específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como, as competências de Mestre em Enfermagem, que seguidamente se

enumeram, e que se encontram descritas no Artigo 15º de Capítulo III em Diário da República, 1ª Série, nº 176, 13 de setembro de 2016 (Decreto lei nº 63/2016 de 13 de setembro) e de acordo com o ciclo de estudos acreditado o Mestre em enfermagem (Agência de Avaliação e Creditação do Ensino Superior, p.27).

Desta forma, o Mestre em enfermagem:

“Competência 1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

Competência 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

Competência 3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

Competência 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

Competência 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

Competência 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

Competência 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”

4.1. AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento nº140/2019, o enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização, é aquele é “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº26, 2ª série; p.4744). 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. Desta forma, é possível afirmar que as competências do enfermeiro especialista advêm de um aprofundamento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Para além do descrito, o enfermeiro especialista deve desenvolver aptidões relacionadas com “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº26, 2ª série; p.4744).

As competências comuns são definidas pela OE, como sendo “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” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, nº26, 2ª série; p.4745).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), estão previstos quatro domínios, nomeadamente: (1) responsabilidade profissional, ética e legal; (2) melhoria contínua da qualidade; (3) gestão dos cuidados e (4) desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cada uma destas competências ramifica-se em várias unidades de competência, que representam uma realização concreta. Por sua vez, cada uma destas unidades de competência contempla vários critérios de avaliação, que representam os vários aspetos de desempenho profissional, e que devem ser entendidos como evidência do mesmo. Desta forma, passaremos a descrever de que forma foram corporizadas cada uma das competências descritas, sendo que no decurso da análise faremos uso das competências e em outras vezes de uni-

dades de competência e de critérios de avaliação, tal como descritos no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, para ser mais ilustrativo das aprendizagens efetuadas.

4.1.1. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

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

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência:

- **A.1.1** – Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.
- **A.1.2** – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.
- **A.1.3** – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo potencialmente comprometedoras.

Unidades de competência:

- **A.2.1** – Promove a proteção dos direitos humanos
- **A.2.2** – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente

Competência de Mestre em Enfermagem

Competência 3 *Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.*

Por forma a adquirir e desenvolver as competências mencionadas, foi fundamental consultar e rever alguns temas abordados ao longo deste curso de Mestrado, nomeadamente no que respeita às aulas de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem que se revestiram de extrema importância na compreensão das diferentes responsabilidades do exercício da profissão de enfermagem nomeadamente de carácter profissional, através do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); e, disciplinar, através do código deontológico e através do código civil e do código penal. Independentemente do seu local de trabalho, aplicam-se a todos os enfermeiros, dois diplomas legais – o REPE e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Além do referido, é fundamental reconhecer a importância, e sua implicação na prática de enfermagem, de outros documentos e legislações, tais como: a Lei de Bases da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, a Carta dos Direitos e Deveres dos doentes, entre outros.

O exercício profissional de enfermagem, encontra-se devidamente regulamentado, através do REPE, cuja 1ª versão corresponde ao Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro, tendo sido republicado em 1998, com alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. O REPE, no seu ponto 1 do Artigo 8º refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 1996, p. 2961).

Inserido no estatuto da OE, emergiu o Código Deontológico do Enfermeiro em 1998 através do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril vigorando atualmente pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, constituindo-se como um modelo de autorregulação da profissão. Do ponto de vista do código civil e penal, a própria deontologia profissional na alínea b) do ponto 1 do artigo 97º, refere que o enfermeiro deve “cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão” (OE, 2015c, p. 8078). A mesma fonte na alínea a) do ponto 1 do artigo n.º 97 refere que o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos

científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015c, p. 8078). Verifica-se desta forma, que os aspetos éticos, legais e deontológicos são indissociáveis da dignidade humana.

A consciencialização dos deveres éticos e deontológicos da profissão de enfermagem remeteu-nos obrigatoriamente para uma análise reflexiva de forma a garantir uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, uma vez que a enfermagem fundamenta a sua prática no melhor cuidado à pessoa com o respeito pela dignidade humana.

Durante o período de prática profissional anterior e durante a realização deste Mestrado em Enfermagem, as tomadas de decisão foram pautadas pela compreensão das necessidades dos clientes e famílias, essenciais à realização e operacionalização do processo de enfermagem. A tomada de decisão em enfermagem, aborda frequentemente questões éticas e deontológicas pelo que é fundamental orientar a prática e assumir uma conduta em consonância com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Desta forma, foi assumida a responsabilidade de prestar cuidados que respeitem os direitos das pessoas, tal como inscrito na declaração universal dos direitos humanos, respeitando os princípios éticos considerados fundamentais em saúde, ou seja, respeito, justiça, beneficência e não maleficência.

Um dos documentos orientadores para a prática de enfermagem consiste na Carta dos Direitos e Deveres dos doentes. No referido documento, estão previstos o direito a ser tratado, no respeito pela dignidade humana, no respeito pelas respetivas convicções culturais, filosóficas e religiosas; o direito a receber os cuidados apropriados ao respetivo estado de saúde; o direito à prestação de cuidados continuados; à informação acerca dos serviços de saúde existentes, respetivas competências e níveis de cuidados; o direito a ser informado sobre a respetiva situação de saúde e a obter uma segunda opinião; o direito a dar ou recusar o consentimento; o direito à confidencialidade e de acesso aos dados registados no seu processo clínico; o direito à privacidade, na prestação de todo e qualquer ato; e o direito, diretamente ou através de quem o represente, a apresentar sugestões ou reclamações. O Código Deontológico remete para os direitos supramencionados, através do artigo 99.º que refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2015c, p. 8078). No seu todo, o Artigo 99.º do código deontológico representa o artigo ético do articulado deontológico, uma vez que expressa princípios gerais, à luz

dos quais se identificam os valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres. Tendo em conta o descrito, a prestação de cuidados de enfermagem ao longo do estágio foi desenvolvida com base no respeito pela dignidade da pessoa e pelos direitos humanos, em cumprimento do disposto no Código deontológico.

Em contexto de doente crítico e, remetendo para o estágio final, muitas vezes fomos confrontados com situações de alguma complexidade no que ao processo de tomada de decisão diz respeito. Os recursos tecnológicos disponíveis, a necessidade de resposta célere ao doente crítico pela complexidade de cuidados de que carece, foram alicerçados por todo o suporte ético, legal e deontológico tendo-se demonstrado como fundamentais na resposta a estes cenários sem nunca menosprezar a humanização dos cuidados e a própria dignidade humana. Revela-se importante salientar que a tomada de decisão, surge frequentemente no contexto de equipa multidisciplinar, predominantemente com médicos e enfermeiros, tendo por base sólidos conhecimentos éticos e deontológicos em relação a cada situação/doente. No contexto da abordagem do doente crítico, como é exemplo a atuação de médicos e enfermeiros em SAV, muitas das decisões estão já definidas em algoritmos de decisão, as *guidelines*. Estes algoritmos, definidos em concertação de peritos, exigem o seguimento de uma linha condutora de raciocínio, permitindo uma decisão mais rápida, com redução de riscos e aumentam a probabilidade de sucesso. No que concerne a situações de limitação terapêutica ou decisão de não reanimar foram igualmente decisões complexas que foram realizadas em equipa. Estas situações revestem-se de elevada complexidade, nas quais são equacionados os prós e contras com enquadramento deontológico e jurídico de forma a poder construir uma tomada de decisão devidamente fundamentada.

Reportando as experiências vivenciadas no decurso do estágio final, importa referir que o mesmo decorreu numa UCI, em que a maioria dos doentes se encontram sedados e ventilados mecanicamente. Tendo em conta o referido, os doentes encontram-se impossibilitados de comunicar verbalmente e de expressar livremente a sua vontade. É neste sentido que se revela fundamental integrar a família/pessoa significativa no plano de cuidados e consequentemente no processo de tomada de decisão. Não obstante à impossibilidade de comunicação, devem ser assegurados o respeito pela privacidade; o direito à confidencialidade, através do sigilo profissional; e garantir o respeito pelas convicções culturais, filosóficas e religiosas. De referir que, o dever do sigilo e respeito pela intimidade, encontram-se consagrados no código deontológico através dos Artigos 106.º e 107.º (OE, 2015c).

No contexto no qual exercemos funções atualmente, um serviço de urgência geral, surgem frequentemente dilemas éticos e constrangimentos que desafiam as boas práticas, nomeadamente a prestação de cuidados em respeito pela dignidade humana. Existe uma elevada procura nos serviços de urgência, aliada a deficientes infraestruturas que se caracterizam por um espaço físico limitado o que dificulta o direito à privacidade do doente e sigilo profissional. Os serviços de urgência, não foram concebidos com o intuito de garantir a permanência dos doentes no seu espaço físico, e idealmente deveriam ser um local de permanência provisória, pelo que a maioria das infraestruturas constituem verdadeiros desafios no respeito pela privacidade. Este é um desafio com o qual nos deparamos diariamente e que procuramos ultrapassar, sendo que o domínio da competência em apreciação revela-se fundamental na capacidade de gerir dilemas éticos e situações de crise, definindo prioridades e integrando todos os aspetos inerentes a este domínio.

Com base no anteriormente descrito, é possível concluir que os conteúdos lecionados na UC de epistemologia, ética e direito em enfermagem, assim como as experiências vivenciadas no decurso do estágio final, promoveram a aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio, assumindo-se como recursos que permitiram desenvolver um espírito crítico, refletindo acerca das práticas diárias. Na construção deste percurso, denotou-se uma maior capacidade de reflexão sobre o processo de tomada de decisão, algo que é inerente à prática de cuidados de enfermagem, e que exige a apropriação de princípios éticos, legais e deontológicos que sustentam a nossa prática, no respeito pela dignidade das pessoas de quem cuidamos.

4.1.2. COMPETÊNCIA DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

B – Competências do domínio da melhoria continua da qualidade

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

Descritivo: O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional

Unidades de competência:

- **B.1.1** – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.
- **B.1.2** – Orienta projetos institucionais na área da qualidade.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência:

- **B.2.1** – Avalia a qualidade das práticas clínicas.
- **B.2.2** – Planeia programas de melhoria contínua.
- **B.2.3** – Lidera programas de melhoria contínua.

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência:

- **B.3.1** – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.
- **B.3.2** – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

Competência de Mestre em Enfermagem

Competência 5 *Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.*

A qualidade em saúde é um dos principais enfoques do SNS, acompanhando simultaneamente as políticas internacionais de forma a promover uma prática de cuidados efetivos e seguros. Segundo a alínea f) do ponto 2 da Base 20, integrada na Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro que aprova a Lei de Bases da Saúde, o SNS pauta a sua atuação com base em diversos princípios, sendo um deles a qualidade, visando “prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, Diário da República, 1.ª série, p.61). Para o desenvolvimento do domínio em apreciação, foi fundamental a familiarização com o plano de Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, bem como com o Plano Nacional para a Segurança do Doente, reconhecendo a associação existente entre a qualidade e a segurança dos cuidados. Foi igualmente importante, rever os conteúdos lecionados nas unidades curriculares de Políticas e modelos de cuidados de saúde e Gestão em saúde e governação clínica cujo contributo para o desenvolvimento da competência do domínio da melhoria da qualidade, é indiscutível.

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados. Os enfermeiros têm a qualidade como desígnio fundamental, consagrado na alínea a) do ponto 1 do Artigo 97.º do Código Deontológico, no qual se pode ler que os enfermeiros estão obrigados a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015c, p.8078). Nesse sentido, os enfermeiros têm-se empenhado na persecução de projetos de melhoria contínua da qualidade, sendo que em 2001, a OE publicou o documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”. No documento mencionado, foram definidos seis enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, sendo eles: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Em 2015, surgem os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Mé-

dico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. O referido documento pretende constituir um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, o que lhe confere um grau de importância indiscutível.

Tendo em conta o descrito, a leitura e análise dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica no que se refere à Pessoa em Situação Crítica (PSC) (OE, 2015a), revelou-se fundamental e pertinente para a persecução da aquisição e desenvolvimento de competência no domínio da melhoria da qualidade.

Reportando ao estágio final, podemos destacar a elaboração do PIS, como uma das principais atividades desenvolvidas no âmbito da competência do domínio da melhoria contínua da qualidade. O PIS dirige-se a um problema/oportunidade identificado no local de estágio, na esfera de competências do EE em EMC. Se tivermos em conta que para a prossecução da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, torna-se necessário efetuar, de uma forma estruturada e sistemática, a identificação de problemas, estabelecimento de prioridades, procura das melhores soluções e sua aplicação com vista à resolução dos mesmos, concordamos que um PIS pretende ser de facto um projeto institucional na área da qualidade.

A realização do projeto de intervenção em serviço, decorreu da identificação da necessidade de otimização dos cuidados pós-reanimação considerando as últimas *guidelines*. O objetivo principal associado à elaboração do projeto, consistiu em “melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem pós-reanimação, através da elaboração de um procedimento uniformizador dos cuidados”. Para a consecução deste objetivo e tendo como intuito a excelência na prestação de cuidados com qualidade, desenvolvemos uma *scoping review* e um artigo científico, cujo resumo se pode consultar no Apêndice VI. Foi igualmente elaborado um procedimento setorial intitulado “Procedimento de Cuidados de Enfermagem ao doente Pós-PCR” (Apêndice II). Além do referido, foi planeado e implementado um momento formativo com o intuito de divulgar conhecimentos sobre os cuidados pós-reanimação, bem como, o procedimento e *checklist* elaborados, constituindo este momento formativo um projeto de melhoria contínua dos cuidados. A apresentação constituiu o produto final da *scoping review* e do planeamento da sessão formativa. A mesma foi de encontro à temática da melhoria dos cuidados de enfermagem, bem como da qualidade em saúde e segurança dos cuidados. Na avaliação da

sessão formativa para além da partilha de conhecimentos, foi possível fomentar junto dos colegas a importância da constante atualização de conhecimentos com enfoque na segurança, sob práticas de qualidade, como é o caso da temática apresentada.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, houve a oportunidade de colaborar no registo diário dos dispositivos invasivos e eventuais complicações associadas aos mesmos e, na aplicação da Escala de Braden. Os dados resultantes destes instrumentos permitem a monitorização da qualidade dos cuidados prestados através dos cálculos de taxas de infeção no internamento (associadas a dispositivos médicos) e a taxa prevalência de úlceras de pressão. Para que exista melhoria da qualidade, é necessário realizar uma gestão dos riscos existentes, identificando-os e avaliando-os para posteriormente implementar ações preventivas e avaliar as medidas implementadas. É neste sentido que se enquadram as atividades descritas.

Relativamente à gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade, o projeto já descrito assumiu um papel preponderante na aquisição de competências. Contudo, é de destacar a importância da consulta e análise das normas e procedimentos existentes no contexto no qual decorreu o estágio final, e que possibilitou a participação ativa em nos programas de melhoria da qualidade em curso na UCI. De referir que decorrente da pandemia associada à COVID-19, que se vivenciou no decurso do estágio final, existiu uma limitação da oferta formativa no que à formação contínua e em serviço diz respeito. Reconhecendo a importância da formação enquanto promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, coube aos enfermeiros responsabilizarem-se pela sua atualização de conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica à luz da mais recente evidência científica sobre os mais diversos temas na abordagem do doente crítico.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, podemos realçar a importância dos projetos executados enquanto elemento dinamizador do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos (GCLCIPRA). Neste âmbito e, no contexto da pandemia associada à COVID-19, ministramos, enquanto formadoras, sessões formativas em serviço subordinadas aos seguintes temas: “Precauções Básicas de Controlo de Infeção” “Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão”; “Plano de contingência – Novo coronavírus” e “Uso de EPI em Unidades de Isolamento – a realidade do Covid-19”. Os momentos formativos nomeados, além de se constituírem como programas de melhoria contínua, tiveram como principal intuito a segurança do doente e do profissional, através da manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

O enfermeiro especialista, no âmbito da promoção de um ambiente terapêutico e seguro, deve participar na gestão do risco. Nesta competência enquadra-se a realização de auditorias referentes à utilização de Precauções Básicas de Controlo e Infecção, Uso de Luvas, e Higiênização das mãos, que enquanto elemento dinamizador do GCLCIPRA tivemos oportunidade de executar e que contribuíram para a consecução da competência em apreciação. Considera-se assim, que as sessões formativas e as auditorias elaboradas, encontram-se em consonância com a unidade de competência “participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais”.

A pandemia associada à Covid-19, trouxe novos desafios ao SNS pois implicou a reorganização dos serviços prestadores de cuidados de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares, com consequências no volume e na prestação da atividade assistencial, bem como na reorganização dos espaços e das rotinas de trabalho. Os cuidados de enfermagem foram prestados num ambiente adverso, em nada promotor da qualidade ou segurança. Assim, a aquisição e o desenvolvimento da competência em apreciação, revelou-se facilitador para a adaptação à realidade da prestação de cuidados.

Um dos domínios associados à melhoria contínua da qualidade, refere-se à manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. Neste sentido, espera-se que o enfermeiro promova um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. O internamento, nomeadamente numa UCI, consiste numa situação inesperada, constituindo um momento adverso da vida do doente. É importante reconhecer que a hospitalização, envolve não só a pessoa em situação crítica, mas toda a família, despoletando sentimentos de angústia, incerteza, sofrimento e stresse, provocando alterações drásticas nas rotinas diárias da família. Desta forma, é essencial que a família constitua um foco de atenção dos enfermeiros tão importante como o cuidar da PSC. Cuidar da PSC é desafiante, mas cuidar da sua família torna-se um desafio ainda maior e cabe ao enfermeiro desenvolver uma relação de ajuda com o doente /família, promovendo uma sensação de segurança. Por forma a ajudar a vivenciar todo este processo de saúde/doença de uma forma mais saudável é necessário que o enfermeiro conheça quais as principais necessidades sentidas pela família. Neste sentido, o horário de visita assume-se como um momento chave. É na primeira visita à UCI que essas necessidades se tornam mais evidentes, sendo da competência do enfermeiro realizar um acolhimento adequado à família com o objetivo de diminuir a ansiedade e gerar confiança e tranquilidade. Em

alusão à pandemia, e tendo em conta restrição de visitas associada, esta foi uma das competências desenvolvidas no decurso do estágio, recorrendo a medidas alternativas de aproximação entre os doentes e suas famílias, tais como as videochamadas.

Analisando a competência em apreciação face à experiência profissional prévia ao mestrado, podemos afirmar que o serviço de urgência., constitui um contexto de elevada complexidade, sendo que a excessiva carga de trabalho associada ao número imprevisível de doentes e a existência de uma equipa multidisciplinar variada, assumem-se como fatores de risco para a ocorrência de erros. A ocorrência de incidentes pode acontecer em diversos momentos da prestação de cuidados, desde a administração de terapêutica à utilização de equipamentos médicos. Desta forma, é fundamental uniformizar os cuidados e adotar estratégias promotoras da qualidade e segurança. A identificação dos doentes através de pulseira, permite aumentar a segurança, minimizando a probabilidade de erro. A existência de doentes com patologias do foro neurológico, tais como demências, ou com incapacidade para comunicação verbal, revelam a importância da correta identificação dos doentes, que é efetuada no momento de admissão durante a triagem de Manchester. Além do mencionado, podemos destacar como estratégia para promover a qualidade e segurança dos cuidados, o conhecimento dos equipamentos disponíveis e seu modo de funcionamento.

Face ao exposto, consideramos ter desenvolvido as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade, bem com as competências de mestre supracitadas.

4.1.3. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

C – Competências do domínio da gestão dos cuidados

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

Descritivo: *O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.*

Unidades de competência:

- **C.1.1** – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.
- **C.1.2** – Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo: *O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados*

Unidades de competência:

- **C.2.1** – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.
- **C.2.2** – Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

Competência de Mestre em Enfermagem

Competência 1 *Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.*

Considerando o determinado no REPE, publicado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, no seu n.º 6, artigo 9.º, os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade, em múltiplas áreas, das quais se destaca a área de gestão.

O Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março, traça o Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, definindo-o como “o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o

motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros” (Regulamento.º101/2015, de 10 de Março. Diário da República, nº48, 2ª série; p.5949).

As funções desempenhadas pela enfermeira orientadora, que muitas vezes assumia o papel de responsável de serviço e responsável de turno (chefe de equipa), permitiram-nos observar e analisar as funções por ela desempenhadas bem como as tomadas de decisão perante diversas situações no que respeita à gestão dos cuidados e à gestão dos recursos humanos. O enfermeiro responsável de turno combina simultaneamente a função de gestão dos cuidados do serviço com a função de prestador de cuidados ao doente crítico. A nomeação dos chefes de equipa é interna, não tendo carácter definitivo e é efetuada tendo em conta os seguintes critérios: tempo de trabalho no serviço, experiência e capacidade de liderança e motivação para o exercício da função. O chefe de equipa tem funções de orientação, coordenação e supervisão das Equipas de Enfermagem e de AO, colaborando com a Direção do Serviço. Substituiu o Enfermeiro Coordenador na sua ausência, acumulando também a responsabilidade da tomada de decisão em situações complexas no que se refere à gestão dos recursos humanos e materiais, colaborando na decisão e apreciação de assuntos relacionados com a organização e funcionamento do Serviço (CHD, 2018b).

No contexto do estágio final, proporcionou-se a oportunidade de observar e colaborar em alguns momentos de gestão do serviço, do material clínico e farmacológico, com a senhora enfermeira orientadora. São exemplos disso: realização de inventário e a reposição de *stocks* de fármacos no armário de distribuição automática de medicamentos; a requisição de medicação sujeita a justificação obrigatória junto dos serviços farmacêuticos; a reposição de Estupefacientes no Serviço; confirmar a reposição de material clínico; e, nos procedimentos de verificação, manutenção e acondicionamento de equipamentos do serviço e ocasional pedido de reparação ou substituição. De referir que, na janela temporal na qual decorreu o estágio, encontrava-se em curso o processo de reacreditação do Centro Hospitalar pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS), sendo este um dos organismos internacionais de maior prestígio na área da Qualidade em Saúde. A acreditação pelo CHKS ocorre a cada 3 anos e fornece uma estrutura baseada em padrões para garantia de qualidade e, melhoria da qualidade e segurança dos doentes e profissionais. Com vista à acreditação, verificou-se a motivação dos profissionais pela

garantia da qualidade e segurança dos cuidados. Neste âmbito, pudemos assistir à realização de auditorias tuteladas pelo Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico (GIARC).

Na elaboração do plano de trabalho da equipa de enfermagem, o enfermeiro responsável de turno deve realizar a distribuição utilizando o método individual, que consiste na atribuição a cada enfermeiro de um número de doentes que não ultrapasse o rácio de 1:2. Desta forma, verifiquei que uma das funções da enfermeira responsável, consistia em adequar os recursos humanos conforme a taxa de ocupação da UCI, garantindo a adequada gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. O enfermeiro responsável de turno não se limita a gerir a distribuição de trabalho, uma das suas tarefas consiste em antecipar eventuais admissões ou necessidade de acompanhar doentes ao bloco operatório/exames complementares de diagnóstico, sendo fundamental acautelar e garantir a disponibilidade de recursos humanos e materiais para esses eventos. Pudemos assim verificar a complexidade e o carácter pluridimensional que caracteriza a gestão de cuidados.

A UCI, pela tipologia de cuidados prestados, requer a necessidade da avaliação e mensuração de carga de cuidados em enfermagem. A avaliação da carga de trabalho de enfermagem, nos doentes internados em UCI, dá um importante contributo para a qualidade dos cuidados e gestão e otimização de recursos. Neste sentido, surge em 2003, o *Nursing Activities Score* (NAS) como uma ferramenta de gestão. O NAS tem como objetivo mensurar a carga de trabalho de enfermagem das últimas 24 horas e permite auxiliar os gestores/responsáveis ao planeamento das necessidades de recursos humanos para turnos subsequentes, facilitado também a distribuição de doentes pelos profissionais que irão iniciar o seu turno de prática clínica, reduzindo a discrepância e aumentando a qualidade dos cuidados prestados (Macedo, 2017). Na nossa opinião, o enfermeiro especialista deve ser conhecedor dos instrumentos que permitem promover a eficaz gestão de cuidados e consequentemente a melhoria da qualidade dos mesmos. No decurso do estágio final, encontrava-se em fase de implementação da escala NAS, e desta forma foi possível assistir a este processo, reconhecendo a importância do mesmo.

Na abordagem ao domínio da gestão, a liderança surge como um aspeto indissociável. A liderança e a gestão são conceitos que muitas vezes são identificados como sinónimos, no entanto, evidenciam diferenças consideráveis entre ambos, além disso, um bom líder poderá não ser um bom gestor e vice-versa. De acordo com Rost e Smith (1992), citado por Sousa (2012), enquanto a gestão assenta em lógicas de autoridade, a liderança é considerada uma influência baseada em relações interpessoais. Na gestão subsiste a coordenação de pessoas, recursos e

atividades com vista à produção e venda de bens e/ou serviços que traduzam o propósito da organização, enquanto que na liderança os líderes e seguidores procuram mudanças reais na organização que traduzam os seus propósitos mútuos (Sousa, 2012).

Com base no descrito, conclui-se que para a aquisição e desenvolvimento da competência no domínio da gestão dos cuidados, é fundamental os enfermeiros desenvolverem a sua capacidade de liderança, adaptando o estilo de liderança ao local de trabalho e adequando-o ao clima organizacional. A liderança em enfermagem é fundamental no processo de melhoria contínua, pois a construção de ambientes favoráveis à prática clínica; através do feedback construtivo e do trabalho em equipa; promove o envolvimento dos elementos da equipa que se sentem mais motivados o que consequentemente promove o desenvolvimento de competências e melhoria da qualidade dos cuidados. Neste sentido, pudemos observar, no âmbito do domínio da gestão dos cuidados, a sinergia entre a gestão e a liderança incorporada pela enfermeira orientadora, através da implementação de estratégias de gestão de conflitos, recurso ao reforço positivo e promoção do trabalho em equipa através de atividades de *team building*. Além do mencionado, enquanto promotora das boas práticas baseadas na evidência, a enfermeira orientadora, promovia momentos de partilha de conhecimentos como forma de empoderamento da equipa que consequentemente se traduziam na melhoria dos cuidados prestados. Na gestão de cuidados, face a tomadas de decisão complexas, a equipa realizava reuniões no sentido de realizar um *debriefing* com o intuito de rever a sua atuação e identificar eventuais necessidades de melhoria. O estilo de liderança adotado pela enfermeira orientadora era claramente apreciado pelos pares que ficavam motivados para a excelência dos cuidados e partilhavam as suas necessidades formativas, procurando em equipa desenvolver sessões de formação para colmatar as necessidades percecionadas.

Conclui-se que, o estilo de liderança tem um papel preponderante na criação de um ambiente de trabalho agradável e de apoio, isto é, a sua capacidade em motivar e apoiar a equipa de enfermagem, e orientar os cuidados, tem influência na satisfação profissional dos enfermeiros e na melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos doentes, tendo em conta a correlação inegável entre a satisfação profissional dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados. Desta forma, consideramos ter tido a oportunidade e privilégio de assistir a múltiplos momentos de eficaz gestão de cuidados e liderança motivacional.

O enfermeiro especialista, na gestão dos cuidados, tem também de orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade, o que se encontra em consonância com o consagrado no Artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro (“Da excelência do cuidado”) - em que é referido que o enfermeiro tem o dever de “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”. Os enfermeiros podem delegar tarefas, mas estritamente em “pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar (...)”, conforme inscrito no Artigo 10.º do REPE.

Nesta delegação, é essencial acautelar o nível de preparação adequado de quem realiza a tarefa, para garantir a excelência dos cuidados de enfermagem. A delegação, enquanto atribuição a terceiros de uma determinada tarefa, não isenta quem delegou da responsabilidade pelos atos que incumbiu, pelo que a supervisão é essencial por forma a assegurar a excelência dos cuidados, mesmo que a tarefa seja realizada por outro. Prévia à delegação é a decisão de delegar, que pressupõe a escolha de 5 certos: “tarefa certa (a delegar), circunstâncias certas (para a delegação), a pessoa certa (em quem se delega), uma transmissão de informação certa (a compreensão das indicações transmitidas) e orientação e supervisão certa (do que foi delegado)” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.79). Reportando para as atividades realizadas no decurso do estágio, foi realizada a supervisão das tarefas delegadas, nomeadamente a reposição de material, preparação de material para execução de técnicas, supervisão de acondicionamento e envio de espécimes para análise e garantiu-se que a equipa de AO procedeu à lavagem, desinfecção e arrumação de todo o material utilizado no serviço, bem como da unidade do doente sempre que necessário.

No desenvolvimento e aquisição desta competência, contribuíram de forma preponderante as unidades curriculares lecionadas ao longo do mestrado, nomeadamente a UC Formação e Supervisão em enfermagem, bem como a UC Gestão em Saúde e Governação Clínica. Embora não nos tenha sido possível exercer autonomamente funções de gestão e liderança, consideramos que através da observação e da análise crítica, com discussão com a enfermeira orientadora e professora sobre o supracitado, foram adquiridas as competências no âmbito da gestão de cuidados, assim como a competência de mestre supracitada.

4.1.4. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência:

- **D1.1** – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.
- **D1.2** – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica

Descritivo: O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da intervenção.

Unidades de competência:

- **D2.1** – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.
- **D2.2** – Suporta a prática clínica em evidencia científica.
- **D2.3** – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Competências de Mestre em Enfermagem

Competência 2 *Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidencia.*

Competência 4 *Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.*

Competência 6 *Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.*

O desenvolvimento profissional do enfermeiro ocorre de forma gradual e ininterrupta, à medida que, vai adquirindo experiência e conhecimento proveniente da evidência, bem como, da prática clínica. Este processo decorre em simultâneo com o desenvolvimento pessoal (Pereira e Cunha, 2017). A procura pelo autoconhecimento e assertividade é um processo fundamental à formação pessoal do enfermeiro com impacto direto na relação enfermeiro/doente, sendo essa maturidade essencial à formação do Enfermeiro Especialista. Ser consciente de si requer reflexão e autoconhecimento crítico. A consciência de si permite que o enfermeiro seja um elemento capaz de gerir sentimentos e emoções com o objetivo de obter respostas eficientes. A assertividade assume-se como um elemento fundamental da comunicação e consequentemente, da relação terapêutica enfermeiro-doente. A mesma deve ser treinada com o intuito de desenvolver o autoconhecimento, aumentar a capacidade de afirmação individual, permitindo que os sentimentos e pensamentos se expressem de forma adequada, estabelecendo a autoconfiança (Grilo, 2012). De acordo com a autora mencionada, os principais objetivos da assertividade consistem na aquisição de competências comunicacionais que permitam aos profissionais de saúde, por um lado, expressar de forma clara as suas ideias e opiniões e, por outro, encorajar os doentes a darem a conhecer as suas necessidades.

Da procura pelo autoconhecimento e assertividade advém a autorreflexão e a introspeção. Assim, e tendo em conta o referido, no decurso do estágio final, houve a procura constante de realizar autorreflexão e introspeção, com o intuito de reconhecer dificuldades/limitações e procurar compreender como as mesmas poderiam afetar a relação terapêutica com o doente e consequentemente a prestação de cuidados. Foi fundamental o desenvolvimento de estratégias para uma eficaz gestão de emoções e de stresse, com o propósito de promover respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

De acordo com Phaneuf (2005, p.177), a “autorreflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação pelos outros permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos”. Para a autora referenciada, a introspeção assume-se como o primeiro instrumento de autoconhecimento. Torna-se evidente a importância e o impacto do

autoconhecimento e da assertividade na conduta do enfermeiro e na relação terapêutica estabelecida. As estratégias para desenvolver a competência em apreciação, devem ser mantidas ao longo do percurso profissional como promotor do crescimento pessoal e profissional.

Para a persecução desta competência destacamos a contribuição da UC Relação de Ajuda em Enfermagem, bem como, as reuniões realizadas com a enfermeira orientadora que constituíram momentos de partilha nos quais se realizaram a análise da conduta adotada e foram identificadas as mudanças que se poderiam efetuar.

Através da análise do Código Deontológico, podemos destacar a alínea c) do Artigo 109.º, alusivo à excelência do exercício, que refere que o “enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: (...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE,2015c). Tal desígnio vai ao encontro do preconizado nas competências do enfermeiro especialista no que ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais diz respeito, nomeadamente através da competência “baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”. O saber em Enfermagem é um saber de ação ao longo da vida, que requer investimento pessoal, através da formação, e vasta experiência no contexto. Atendendo ao descrito, deve o enfermeiro manter uma atualização contínua com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados. Desta forma, com o claro objetivo de dar continuidade à formação académica e consequentemente aumentar exponencialmente os conhecimentos, emergiu a inscrição no Mestrado em Enfermagem. Para a consecução deste objetivo, contribuíram as UC lecionadas no decurso do mestrado, assim como o estágio efetuado, as pesquisas bibliográficas realizadas, destacando igualmente as partilhas de experiências e conhecimentos, quer com os pares, quer com a enfermeira orientadora no contexto do estágio final.

Com enfoque na atualização contínua de conhecimento, surgiu a oportunidade de assistir e participar no IV Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgica, no qual procuramos dar contributo através de uma comunicação e de um póster subordinado ao tema “Monitorização do protocolo de vigilância ativa MRSA num serviço de urgência geral.” É fundamental reconhecer a importância da formação contínua, pois é através da formação teórica e prática que os enfermeiros se mantêm atualizados, mobilizam os conhecimentos para os contextos práticos e realizam práticas centradas na pessoa e baseadas em evidências científicas e atuais (J.

Martins, et al., 2012). Assim, destacamos as formações em serviço, nas quais participamos sempre que possível, bem como as formações proporcionadas pelo corpo docente do Mestrado, tais como o Curso de SBV, SAV e ITLS.

Para a concretização do PIS e elaboração do artigo científico, realizou-se extensa pesquisa bibliográfica com o intuito de suportar a prática clínica em evidência científica, contribuindo para a aquisição desta competência. Destaca-se ainda a formulação do procedimento de cuidados de enfermagem ao doente Pós-PCR, enquanto linha orientadora para a prática dos cuidados que teve como objetivo uniformizar a execução de procedimentos, garantindo a realização de boas práticas. Para a aquisição e desenvolvimento da competência em análise, destacamos a contribuição da Unidade Curricular Investigação em Enfermagem, que nos dotou com os conhecimentos necessários para efetuar a *scoping review* que alicerça o PIS realizado e que fundamentou a PBE. No que concerne à implementação do PIS, destacamos o contributo da UC Formação e Supervisão em Enfermagem, relevando-se a sessão de formação como importante ferramenta de divulgação da temática subjacente ao PIS e promotora da prática baseada na evidência.

Reportando ao estágio final, destacamos a importância do contexto de cuidados como potenciador de experiências de aprendizagens, promovendo a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias ao desenvolvimento de intervenções autónomas e interdependentes, nomeadamente na prática especializada na PSC. A aliança pedagógica entre a estudante, enfermeira e professora orientadora, assumiu-se como fator facilitador da aprendizagem. O Mestrado em Enfermagem, rege-se pelo paradigma centrado no estudante enquanto sujeito aprendiz, perspetivando a sua aprendizagem, com o recurso à utilização das próprias experiências, visando a reflexão e identificação das dimensões e momentos importantes para o desenvolvimento do processo de auto e hetero formação. Neste sentido, foi essencial reconhecer a autorresponsabilização pelo processo de aprendizagem, adotando uma conduta facilitadora da mesma. Face às oportunidades de aprendizagem decorrentes do estágio final, procuramos rentabilizar as mesmas, demonstrando iniciativa na análise de situações clínicas. Destaco ainda, enquanto profissional, a integração de novos elementos no serviço, assim como a orientação de estudantes no âmbito da licenciatura, com o intuito de contribuir para a formação dos mesmos, procurando ser um elemento facilitador de aprendizagem.

A aquisição e desenvolvimento da competência em apreciação, reveste-se de extrema importância tendo em conta a aplicabilidade face ao contexto no qual desempenhamos funções.

O serviço de urgência é considerado como um ambiente de trabalho potencialmente stressante por causar desgaste físico e/ou mental aos trabalhadores com efeitos deletérios na saúde. As cargas psíquicas e as exigências cognitivas das tarefas recaem, em quase toda a sua totalidade, sobre o enfermeiro (J.T. Martins et al., 2013). Analisando a realidade do serviço de urgência, o stress profissional sentido pelos enfermeiros, reflete, em parte, a problemática de escassez de recursos humanos e o seu dimensionamento desajustado (aspectos ligados à estrutura física inadequada, escassez de recursos materiais, elevada demanda e solicitações de usuários, relações interpessoais e profissionais conflituosas, entre outros) (Souza, Júnior, & Miranda, 2017). Tendo em conta o descrito, é fundamental mobilizar estratégias de gestão de stress e conflitos. Pela tipologia de serviço que a urgência configura, os enfermeiros desempenham funções sob elevada solicitação e sob pressão. Ocorrem também situações de conflito, frequentemente devido às expectativas não correspondidas dos utentes (tempos de espera superiores ao desejado ou esperado pelo utente). Perante todas as situações referidas, é essencial atuar com resiliência para gerar respostas eficientes, gerindo sentimentos e emoções, atuando eficazmente sob pressão e reconhecendo e antecipando situações de eventual conflitualidade atuando prontamente ao utilizar técnicas de resolução de conflitos.

Face às situações explanadas, consideramos que foram adquiridas, desenvolvidas e consolidadas as competências em análise.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO DE EMC PSC

De acordo com o ponto 3 do Artigo 4.º do REPE, o enfermeiro especialista é o “enfermeiro habilitado com um curso de especialização de enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 1996, p.2960).

Uma das áreas de especialização do enfermeiro é a enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo a Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica um dos âmbitos de intervenção. A Pessoa em situação crítica é definida pela OE, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios

avancados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série, p.19362). Assim o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica é aquele que presta 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.” (OE, 2015a, p. 17241).

Segundo o regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, referente às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, definem-se as seguintes: “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) 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” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série p. 19359).

Em seguida encontram-se representadas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica. A cada competência associa-se uma reflexão crítica acerca do processo de aquisição e desenvolvimento, correlacionando as mesmas com as competências de Mestre sempre que se verifique a sua pertinência.

4.2.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CAIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

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

Descritivo: considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Unidades da competência:

- **1.1.** Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
- **1.2.** Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.
- **1.3.** Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.
- **1.4.** Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
- **1.5.** Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.
- **1.6.** Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Competências de Mestre

Competência 1 *Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.*

Competência 7 *Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.*

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica segundo o regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, referem que “os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2015a, p. 17241).

Considerando a experiência enquanto enfermeira de cuidados gerais, em exercício nos últimos 8 anos num serviço de urgência geral, é possível afirmar que prestamos cuidados à pessoa em situação crítica, sendo que a aquisição desta competência teve início previamente à realização do mestrado. Assim, consideramos já ser conhecedores de protocolos terapêuticos complexos, garantindo a sua administração em contexto de urgência, nomeadamente em sala de emergência. Exemplo disso são os cuidados prestados no âmbito da Via Verde AVC e Via Verde Coronária.

No Centro Hospitalar no qual desempenhamos funções, encontra-se implementado a Via Verde Coronária e a Via Verde AVC. O intuito destas, consiste em minimizar o intervalo temporal entre o início dos sintomas e o tratamento adequado, permitindo uma ligação rápida e eficiente entre o ambiente pré-hospitalar e o hospital. O eficiente funcionamento destas Vias Verdes, asseguram uma melhoria da acessibilidade precoce dos doentes em situação de doença aguda aos cuidados médicos mais adequados. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel fundamental na identificação dos sinais e sintomas, ativação da Via Verde, tratamento, encaminhamento e restabelecimento da capacidade funcional da pessoa vítima de EAM ou AVC. Associado às vias verdes em apreciação, encontram-se protocolos terapêuticos complexos, tais como a fibrinólise. Neste sentido, consideramos que o serviço de urgência, permite a aquisição e desenvolvimento da unidade de competência referente à administração de protocolos terapêuticos.

Uma das componentes a evidenciar nesta competência consiste na capacidade de prestar cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando potenciais focos de instabilidade e de risco de falência orgânica. É neste âmbito de deteção precoce que foi elaborada a *checklist* “cuidados pós-reanimação” que se assume como um produto do PIS. À luz da prática especializada, é fundamental a capacidade de identificar focos de instabilidade de forma antecipatória, reconhecendo as necessidades imediatas da pessoa e assumindo um papel interventivo através de uma avaliação constante do estado geral do doente, identificando alterações súbitas, tais como, a alteração do estado de consciência e outros sinais e sintomas de deterioração clínica, intervindo ao priorizar as intervenções especializadas e comunicando atempadamente aos elementos da equipa multidisciplinar. Na identificação de focos de instabilidade, deve ser utilizada uma abordagem inicial assente na nomenclatura “ABCDE”. que permite uma avaliação rápida e sistematizada de parâmetros fundamentais. O enfermeiro especialista, no âmbito da sua área de atuação, pode socorrer-se da aplicação de escalas de alerta precoce, tais como o *National Early Warnig Score* (NEWS). A aplicação deste instrumento, através de uma deteção precoce, permite uma intervenção antecipada e previne complicações.

Considerando o descrito, podemos afirmar que, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o enfermeiro deve ser detentor de um vasto conhecimento de protocolos de atuação e possuir um elevado conhecimento teórico-prático. Para a consecução desta competência teve inegável contributo os cursos de SBV, SAV e ITLS facultados ao longo do mestrado.

Reportando para a experiência prévia a este mestrado, de referir que o contexto de cuidados intensivos não fez parte do percurso académico e profissional efetuado até ao momento, pelo que a realização do estágio final em UCI possibilitou a vivência de novas aprendizagens e consequentemente promoveu a aquisição e desenvolvimento da competência em análise. No decurso do estágio foi possível observar, colaborar e participar em diversas intervenções, nomeadamente: entubação e extubação endotraqueal; ventilação mecânica invasiva e ventilação não invasiva; oxigenoterapia de alto fluxo; realização e interpretação de gasometria arterial; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva; monitorização do ponto hemodinâmico com recurso ao cateter PiCCO; colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central e arterial; drenagens torácicas e abdominais; monitorização do nível de consciência pelo índice bispectral (BIS); cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico na realização das mais diversas técnicas; posicionamento em decúbito ventral; aplicação de protocolos terapêuticos complexos, como cuidados à pessoa com necessidade de técnica de substituição renal e prestar cuidados à pessoa em situação crítica com patologias de foro respiratório, cardíaco, nefrológico e cirúrgico e sua família/pessoa significativa com especial enfoque na comunicação e apoio emocional.

O conhecimento e aplicação das normas de procedimento e protocolos instituídos no serviço, contribuíram para uma uniformização dos cuidados prestados promovendo a segurança e a qualidade. Desta forma, destacamos como exemplos: protocolo de desmame ventilatório; colocação, manutenção e remoção de dispositivos intravasculares; controle da glicémia e administração de insulina no doente crítico; prevenção e controlo da colonização e infeção por MRSA; protocolo de nutrição entérica no doente crítico; prevenção da pneumonia associada à ventilação; procedimento para hemodiálise venovenosa contínua com anti coagulação regional e protocolo de anti coagulação com citrato em plasmaforese por técnica de filtração através de membrana.

Uma das experiências vivenciadas na UCI e, que também anteriormente já tivemos oportunidade de realizar, consistiu na transferência intra-hospitalar do doente crítico, nomeadamente no encaminhamento deste ao Bloco Operatório e na realização de exames complementares de diagnóstico. A transferência do doente crítico, requer um planeamento prévio para que

decorra de forma coordenada com toda a equipa multidisciplinar. O transporte do doente crítico consiste num procedimento frequente e objetiva benefício para o mesmo. Contudo, representa um risco adicional pois conforme a evidência demonstra, o período de transporte não é isento de probabilidade de ocorrência de eventos que podem agravar o seu estado clínico e inclusive ocasionar a morte (Lopes & Frias, 2014). A justificativa do transporte do doente crítico, prende-se com a necessidade de recorrer a meios de tratamento e diagnóstico não disponíveis na unidade de origem. Para os autores referenciados, o transporte quando planeado e executado por equipas experientes e dotadas do equipamento adequado, terá menos eventos adversos. Assim, implícito ao transporte do doente crítico, houve a necessidade de planejar todas as fases do transporte assim como providenciar os recursos materiais necessários para o mesmo. Em colaboração com a enfermeira orientadora, houve a oportunidade de proceder à transferência de doentes críticos de e para o Bloco Operatório, bem como acompanhar para a realização de exames complementares, tais como TAC. Previamente ao transporte era realizada uma análise crítica e reflexiva sobre todos os aspetos envolventes do transporte, para minimizar e evitar eventuais adversidades.

Em Portugal, a gestão da dor tem vindo a ganhar destaque ao longo dos últimos anos, sendo que, em 2003, a DGS instituiu a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. No que concerne à prevenção e ao controlo da dor por enfermeiros, a OE disponibilizou orientações através de um guia orientador de boas práticas, reconhecendo que a prevenção e o controlo da dor são essenciais em todos os contextos clínicos e ao longo do ciclo vital, pelo que se impõe a sua avaliação sistemática. De acordo com a DGS (2017a), no seu Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da dor, a gestão da dor deve ser encarada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a humanização dos cuidados de saúde.

A dor tem impacto na pessoa que vai além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida. Esse impacto pode inclusive ultrapassar a própria pessoa e envolver a família, cuidadores e amigos. A abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional (DGS, 2017a).

Apesar da crescente valorização da gestão da dor, este continua a ser um problema significativo nas UCI onde a Pessoa em Situação Crítica submetida a Ventilação Mecânica Invasiva, sedada ou com alterações neurológicas está por isso impossibilitada de autoavaliar a dor. Reconhecendo a importância e impacto da dor, a conduta adotada no decurso do estágio foi pautada pela valorização da avaliação sistemática da dor. Tendo em conta que nem sempre a PSC consegue comunicar, a avaliação da dor deve ser feita com recurso a escalas próprias que avaliam por meio subjetivo da observação de comportamentos, tais como a Behavioral Pain Scale (BPS).

De acordo com Teixeira & Durão (2016), a dor encontra-se quase sempre presente na PSC e a sua manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita. A experiência vivenciada pelo doente é ainda agravada, pela dificuldade de comunicação, pelo medo e ansiedade e tem repercussões no seu estado geral. Conclui-se que o controlo da dor na PSC pode levar à diminuição do risco de complicações, o que justifica a prioridade na sua avaliação e tratamento. O controlo e gestão da dor na PSC, envolve a sua avaliação e monitorização, assim como a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas) para o seu tratamento. Desta forma, foram aplicados protocolos de avaliação da dor e implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas para o seu controlo.

Em serviços de urgência, assim como na unidade de cuidados intensivos, a capacidade de comunicar más notícias faz parte das competências do enfermeiro. A transmissão de más notícias constitui um fator gerador de stresse, no contexto das relações do enfermeiro com a pessoa e sua família. A forma como se transmite a notícia influencia a vivência de quem a recebe e por esse motivo a transmissão da mesma assume particular importância na medida em que fortalece a relação terapêutica entre o profissional e o indivíduo; reduz a incerteza da situação vivida pelo indivíduo; oferece uma orientação ao doente e família; minimiza os sentimentos de isolamento, solidão e medo, e evidencia o direito de acesso à informação por parte do doente e respetiva família (Sequeira, 2016). Desta forma, a transmissão de más notícias requer uma preparação prévia e deverá ser efetuada num ambiente de confiança. A notícia deve ser transmitida de forma clara, aberta e gradual. O enfermeiro responde adequada e honestamente, comunica com linguagem simples não banalizando o momento e não retirando a esperança (Pereira, 2008 cit por Fonseca, 2012). Assim, e em concordância com o descrito, a conduta adotada na trans-

missão de más notícias, foi pautada pelo apoio emocional através de uma relação de ajuda guiada pela escuta ativa e empatia, mostrando disponibilidade de esclarecimento e encaminhamento, quando aplicável.

A comunicação verbal com a PSC, pode constituir um desafio, na medida em que esta se pode encontrar comprometida por diversos fatores, tais como: pessoas cuja habilidade para se expressar esteja comprometida, ventilação mecânica ou processos de sedação/curarização. Desta forma, foi fundamental recorrer a estratégias de comunicação não verbal, tais como o toque, comunicação por gestos ou escrita. É indispensável falar com a pessoa explicando-lhe tudo o que ocorre à sua volta e todos os procedimentos que terão de ser realizados, confortando o doente e diminuindo a sua sensação de isolamento. Ao comunicar com a pessoa, o enfermeiro pode ajudar a aumentar a sensação de controlo deste, proporcionando ordem e previsibilidade, utilizando orientação antecipada e fornecendo informação e explicações (Fonseca, 2012).

Face ao descrito, consideramos que a competência em análise foi alcançada com sucesso.

4.2.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

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

Descritivo: perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Unidades de competência:

- **2.1.** Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.
- **2.2.** Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.
- **2.3.** Planeia resposta à situação de catástrofe.
- **2.4.** Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.

- **2.5.** Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Competências de Mestre em Enfermagem

Competência 5 *Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.*

Competência 7 *Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.*

Na análise desta competência, importa clarificar os conceitos inerentes à mesma. Segundo a Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de bases da Proteção Civil, no ponto 2 do seu artigo 3.º, a catástrofe é definida como sendo “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” (INEM, 2012, p.12). Os cenários de catástrofe são situações complexas que se caracterizam pela escassez de recursos, consistindo em acontecimentos súbitos e imprevisíveis. A prestação de cuidados em contexto de catástrofe, requer do enfermeiro conhecimento, competência e habilidades específicas, que se traduzam numa resposta de emergência sistematizada, integrada, célere, ágil e eficaz.

De acordo com o INEM (2012), não é frequente, em território nacional a ocorrência de catástrofes, contudo é frequente a existência de situações de exceção. Uma situação de exceção, consiste fundamentalmente numa “situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (INEM, 2012, p.12). Como exemplo de Situações de Exceção em Portugal consideram-se: acidentes com elevado número de vítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais e intoxicações, cheias e/ou inundações, ondas de calor e vagas de frio.

Segundo o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho publicado em Diário da República, nº 135, 2ª série, faz parte do perfil de competências do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, a

necessidade de desenvolvimento de competências na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe. Por forma a reduzir o impacto negativo decorrente deste tipo de situações, o enfermeiro deve ter conhecimento dos procedimentos a adotar e estes devem estar convenientemente treinados. Deste modo, foi fundamental a consulta/leitura e familiarização do Plano de Contingência Global do Centro Hospitalar no qual exercemos funções e decorreu o estágio final. Reportando ao estágio final, revestiu-se de igual importância o conhecimento sobre o “Procedimento de atuação em caso de emergência/catástrofe no Serviço de Cuidados Intensivos”.

No que concerne ao Plano de Contingência Global, os seus objetivos consistem em definir um Plano de Contingência interno do hospital e, juntar num só documento, outros planos de contingência específicos, como o Plano de Contingência para a Gripe, para temperaturas Adversas e o Plano de Catástrofe Externa. Da análise específica do Plano de Catástrofe Externa (PCE) do Centro Hospitalar, destacam-se os seguintes objetivos: definir uma estrutura de comando, definir procedimentos de acordo com as fases de ativação do plano, estabelecer áreas de assistência a vítimas, de acordo com o grau de prioridade, definir a admissão e identificação das vítimas, definir procedimentos de ligação à comunicação social e apoio aos familiares das vítimas, definir o fluxo de vítimas e veículos no perímetro hospitalar e estabelecer uma estratégia de divulgação, treino e teste do plano (CHD, 2017b).

Neste sentido, a etapa que dá início à aplicação do PCE consiste na transmissão, pelos profissionais que se encontram no terreno, da ocorrência de catástrofe multivítima ao Centro Hospitalar. Ao receber uma informação que antecipe a ativação do PCE, devem-se reunir as seguintes informações: natureza e local de ocorrência do incidente; número de vítimas estimado; características das vítimas e tempo previsto de chegada. Após a receção da informação, o Chefe de Equipa do SUG deve informar o Presidente do CA, que ativa o plano e indica qual o nível de alerta adequado face à informação fornecida. No nível 1, está previsto que o chefe de equipa médica do SUG assuma a coordenação do plano e fornece retorno da sua evolução ao CA. Nos níveis 2 e 3 deve ser constituído o Gabinete de Crise (GC) que assume a coordenação de todas as ações realizadas no âmbito do plano. Sobre o GC recai a responsabilidade de coordenar todas as ações e decisões necessárias, convocar ou dispensar os elementos como considere adequado, declarar o fim da situação de exceção e alcançar a progressiva normalidade de funcionamento do CH.

Conforme anteriormente descrito, a resposta do CH foi estruturada em três níveis de alerta, sendo que, na sua definição, considerou-se o nível de vítimas *versus* a capacidade de

resposta do hospital, prevendo-se um intervalo de tempo de 60 minutos de chegada ao SUG, entre a primeira e a última vítima. A ativação do Plano a partir do nível 2, requer uma redefinição de áreas de funcionamento e de circuito de doentes, ocasionado alterações no circuito habitual do hospital. Para que todas as ações decorram de forma intuitiva para as pessoas que se encontrem no perímetro do Hospital, ou que a ele tivessem intenção de recorrer, devem ser dispostos painéis informativos de que este estabelecimento se encontra em situação de exceção (CHD, 2017b).

Após a ativação do plano, o chefe de equipa médica e o chefe de equipa de enfermagem, devem repartir as equipas de acordo com as áreas de intervenção e distribuir as fichas de ação, que definem as funções de cada profissional em concordância com a área de funcionamento. Enquanto o PCE estiver em curso, deve ser aplicada a todos os doentes admitidos a folha de catástrofe, que deve permanecer sempre com o doente desde a triagem até ter alta ou ser decidido o fim da situação de exceção. Para os adultos é aplicada a Triagem de Catástrofe de Manchester e para as crianças a Triagem JumpStart. Nestes episódios o acesso ao hospital, assim como a circulação dentro do mesmo, deve ser o mais restrito possível. Da mesma forma, todos os doentes e acompanhantes, que não necessitem de tratamentos urgentes e/ou inadiáveis devem abandonar o perímetro do hospital (CHD, 2017b).

Por fim o PCE contempla, ainda, a formação/informação a todos os profissionais do CH, com especial enfoque nos profissionais que colaboram de forma direta com o SUG, devendo ser realizados exercícios de treino regularmente (CHD, 2017b).

Conforme o anteriormente descrito, após a ativação do PCE, as vítimas admitidas no SU são triadas utilizando o algoritmo de avaliação primária e secundária da Triagem de Manchester. Numa sala de arrumação do SUG existe um armário fechado, onde se encontram Kits cada um com impresso de catástrofe numerado; folhas para registo de terapêutica; folhas de requisição de análises e de exames complementares de diagnóstico; pulseiras com as respetivas cores (vermelho, amarelo, verde e preto) de acordo com o algoritmo de avaliação primária e secundária, impresso de espólio numerado e etiquetas numeradas (CHD, 2017b). Enquanto profissional em exercício, no referido serviço de urgência, revela-se fundamental deter conhecimento sobre a localização dos kits de catástrofe.

De salientar que, o Centro Hospitalar se encontra inserido na interseção de um conjunto de meios de circulação viária e ferroviária de grande tráfego e próximo de um dos principais

portos de mar do país. Além do referido, verifica-se ainda na sua área de influência, a existência de um parque industrial em que as indústrias química e de construção naval assumem particular relevo. Tendo em consideração estes aspetos, é possível afirmar que o distrito no qual o centro hospitalar se insere, se caracteriza pelo elevado risco de possibilidade de ocorrência de acidentes graves ou catástrofes, suscetíveis de originar vítimas em número elevado. Desta forma, torna-se evidente a importância da existência de um plano de emergência/catástrofe externa.

No âmbito da aquisição e desenvolvimento da competência associada à capacidade de resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, podemos destacar a colaboração no simulacro intitulado “Mitrex2018”. A participação na referida simulação, teve como requisito o sólido conhecimento do PCE anteriormente descrito. O simulacro em questão, foi organizado pela autarquia e enquadrado na necessidade de revisão do Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil, e teve como objetivo testar as capacidades de socorro e coordenação dos agentes de proteção civil do concelho. Este exercício, preparado ao longo de seis meses, envolveu cerca de seis mil pessoas, perto de 30 entidades, cinco mil trabalhadores do parque industrial, 50 elementos da Proteção Civil e mais de 600 alunos do ensino secundário, que atuaram como figurantes no teatro de operações. Na simulação, o cenário proposto envolvia um descarilamento ferroviário, seguido de um derrame que deixaria a cidade envolta numa nuvem tóxica de amoníaco. No simulacro descrito, tivemos como função a realização de triagem primária, com recurso ao protocolo Simple Triage And Rapid Treatment (START).

A simulação é uma estratégia de ensino-aprendizagem, em que a partir de uma experiência em ambiente seguro, é possível olhar, antecipar ou ampliar situações reais por meio de experiências interativas guiadas, recorrendo-se à reflexão sobre a ação (*debriefing*) para a consolidação de conhecimentos (Coutinho, Martins, 2015). Assim, a utilização dos simulacros deverá ser uma base para o exercício de um plano e o cumprimento de procedimentos e de ações para contornar os efeitos de um fenómeno em situações reais. Tendo em conta o exposto, conclui-se que o conhecimento e treino do PCE, contribuiu de forma inegável para a aquisição e desenvolvimento da competência em apreciação.

Analisando à luz da competência em questão, o contexto no qual desempenhamos funções a título profissional, podemos verificar que a prestação de cuidados no serviço de urgência é frequentemente pautada pela existência de situações de exceção. As situações de exceção, caracterizam-se pelo desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, muitas vezes ocasionado pela admissão de um número de vítimas suficientemente elevado para

alterar o normal funcionamento do serviço de emergência e a prática de cuidados de saúde. As situações com multivítimas, são comuns no SU onde exercemos funções, sendo fundamental a capacidade para definir prioridades de atuação. Exemplo disso são os acidentes de viação, requerendo uma abordagem e uma avaliação multidisciplinar integrada.

No que concerne à situação de emergência, está descrito que esta, resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série). Enquadrado nas situações de emergência, encontra-se as situações de violência. Neste sentido, importa ressaltar a importância da atuação do Enfermeiro Especialista na deteção precoce e correto encaminhamento de situações de violência. A violência é atualmente reconhecida como um grave problema social e de proporções crescentes, constituindo-se o serviço de urgência no primeiro contacto entre a vítima e os serviços de saúde. Desta forma, os enfermeiros do serviço de urgência encontram-se numa posição única face à identificação, avaliação e tratamento desta tipologia de doentes. Compete-lhes de igual forma, ter conhecimento na área da preservação e colheita de evidência forense, bem como manter a cadeia de custódia e notificar as autoridades competentes. Neste contexto podemos destacar a existência no CH de uma Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto (EPVA) desde 2016. Esta é uma equipa multidisciplinar composta por dois enfermeiros, uma assistente social, um psicólogo e um psiquiatra, tendo como missão desenvolver atividades perante uma pessoa adulta vítima de violência, negligência, abuso discriminatório ou nos casos em que haja suspeita da ocorrência de um destes eventos, de acordo com a legislação em vigor (CHD, 2022c). Reportando para o contexto no qual desempenhamos funções, os enfermeiros, ao identificarem eventuais situações de violência, devem adotar determinados procedimentos e a EPVA é a entidade que lhes presta apoio nesta sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos, definindo com os serviços o circuito das vítimas. Resumidamente, no SUG, o circuito da vítima é acionado pelo profissional de saúde que suspeita da situação de violência, é feita uma avaliação médica no gabinete médico - no caso de violência sexual, é necessário manter provas até 72 horas após contacto - preenche-se o formulário de registo Clínico da Violência, disponível na *Intranet*, de acordo com as diretrizes da DGS, que implicam registo minucioso e objetivo junto à alegada vítima, para além das informações que se deve registar em diário clínico e de enfermagem (CHD, 2022c).

Enquadrado na competência em apreciação, podemos destacar a prestação de cuidados durante a pandemia por COVID-19. A pandemia surgiu de forma inesperada e envolta de incertezas, tendo constituído um período crítico da assistência hospitalar, alterando o funcionamento e as vivências das organizações. Os serviços de saúde tiveram que se ajustar a esta nova realidade, para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Assim, foi imprescindível uma adaptação perante a necessidade de cuidados de elevada complexidade, o que revolucionou as formas de atuação dos enfermeiros.

A pandemia colocou o SNS sob pressão, não só pelo aumento do número de internamentos, como pela tipologia de doentes, muitos deles em situação crítica. Perante esta realidade, foi necessário proceder à mobilização de profissionais com competências em prestação de cuidados à PSC. Destaca-se assim a prática especializada em enfermagem à pessoa em situação crítica, pelo papel determinante no processo de cuidados durante a pandemia, a nível do planeamento, vigilância, prevenção e controlo da disseminação da doença. Decorrente da pandemia, a UCI, na qual decorreu o estágio final, teve a necessidade de proceder à sua reorganização, com aumento de número de camas de internamento, ao abrir uma unidade extra com 5 camas. Assim a UCI ficou subdividida em 2 unidades, uma com 7 camas e outra com 5. A gestão das unidades era realizada conforme a evolução pandémica, ou seja, o aumento de casos determinava em qual dos pisos ficaria afeta a unidade covid.

Para a persecução da competência em análise, destacámos a realização do curso de ITLS, uma vez que a avaliação da vítima de trauma tem enquadramento claro na produção de uma resposta eficaz a esta tipologia de utentes, que podem surgir em condições de catástrofe e cenários multivítima. Em termos do percurso formativo e curricular, destaco o contributo da Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica III, na qual tivemos a oportunidade de desenvolver um portfólio na área das situações de exceção e catástrofe, na concetualização dos respetivos planos e no âmbito do atendimento à pessoa vítima de violência, maus-tratos e negligência. Esta procura constante pela evidência científica pela qual é pautada a atividade profissional foi crucial ao desenvolvimento das competências aqui descritas.

4.2.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTI-MICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Anti-microbianos 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.

Descritivo: Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.

Unidades de competência:

- **3.1.** Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.
- **3.2.** Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas À Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Competências de Mestre em Enfermagem

Competência 5 *Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.*

Competência 7 *Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.*

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial (DGS, 2017b). De acordo com a DGS (2017b), as IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já

estavam presentes e aumentando a mortalidade. Simultaneamente, aumentam os custos, devido ao consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, mediante a apropriação de medidas adequadas, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.

Atendendo ao descrito, nos últimos anos tem havido uma crescente preocupação com o controlo de infeção. Em Portugal, como resposta à necessidade de uma nova abordagem ao aumento de IACS e resistência aos antimicrobianos, surge em 2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), resultado da junção dos dois pilares que o fundamentam, concretamente o Programa Nacional de Controlo de Infeção e o Programa de Prevenção da Resistência Antimicrobiana (DGS, 2017b).

A estrutura de gestão do PPCIRA prolonga-se da DGS, funcionando no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), até às unidades de saúde, sejam unidades locais de saúde, centros hospitalares, hospitais, agrupamentos de centros de saúde (ACES), ou unidades de cuidados continuados (UCC). O Despacho n.º 15423/2013 determina e regula esta estrutura de gestão. Desta forma, em cada Administração Regional de Saúde (ARS) e nas Secretarias Regionais de Saúde das Regiões Autónomas existe um Grupo de Coordenação Regional (GCR) do PPCIRA, que inclui médicos e enfermeiros, representantes dos cuidados hospitalares, dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados (DGS, 2017b).

Além do GCR, deve existir em cada unidade de saúde, um Grupo de Coordenação Local (GCL) do PPCIRA, ao qual compete supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos; garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e alerta; e garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica às unidades clínicas, promovendo e corrigindo práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antibióticos (DGS, 2017b).

A promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção permitem reduzir a transmissão e a incidência da infeção, reduzindo as situações em que é necessária prescrição antibiótica, reduzindo o consumo de antibióticos e consequentemente a geração de resistências. O instrumento de apoio à promoção dessas boas práticas é a Campanha Nacional das Precauções Básicas do Controlo de Infeção (CNPBCI), que foi lançada em 2014. Esta campanha é definida pela existência de dez precauções básicas, que, devem ser aplicadas em todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso, e incidem sobre: (1) a colocação/isolamento

de utentes; (2) higiene das mãos; (3) etiqueta respiratória; (4) utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI); (5) descontaminação do equipamento clínico; (6) controlo ambiental; (7) manuseamento seguro da roupa; (8) recolha segura de resíduos; (9) práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e; (10) prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017b)

No exercício profissional de Enfermagem, a preocupação com o controlo de infeção remonta a Florence Nightingale. A sua Teoria Ambientalista, reporta a procedimentos de higiene (com enfoque na higienização das mãos), limpeza e de distanciamento como forma de não disseminação de doenças. Os enfermeiros, constituem o grupo profissional em maior número nos serviços de saúde e são o elemento da equipa multidisciplinar com atuação mais próxima dos doentes nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde. Assim, é fácil compreender a importância deste grupo profissional no âmbito da prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. No caso concreto dos enfermeiros especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, de ressaltar que estes assumem um papel essencial no seio da equipa de enfermagem, pois têm definida a competência específica no seu regulamento, referente à prevenção e controlo da infeção.

Destaco numa primeira instância a importância de adquirir conhecimento quer de políticas nacionais, como é o caso do PPCIRA, tal como a nível institucional, da política de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Estes dois documentos constituíram o ponto de partida para as atividades desenvolvidas no âmbito da competência em apreciação.

No serviço de urgência no qual desempenhamos funções, existe um elemento de ligação ao grupo de coordenação local do PPCIRA, por cada equipa. Os referidos elementos, elaboram protocolos específicos para o SU no que respeita ao controle de infeção, ministram sessões de formação no âmbito da sua atividade e realizam auditorias frequentes. Relativamente à competência em análise, devemos destacar o contributo para a sua aquisição e desenvolvimento, dos projetos por nós executados enquanto elemento dinamizador do GCLCIPRA. Para o desempenho das funções de elemento dinamizador do GCLCIPRA é fundamental deter conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que nos permitam ser em elemento de referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a antimicrobianos. Enquanto elemento dinamizador do GCLCIPRA, fomos responsáveis pela elaboração do procedimento para lidar com cadáveres com infeção suspeita ou confirmada de COVID-19. Anualmente, cada elemento dinamizador, define um projeto

que implementar ou dar continuidade no serviço, sendo que na atualidade somos responsáveis pelo projeto de prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA).

Ainda em referência ao serviço de urgência, pela sua sobrelotação recorrente e condições estruturais, a implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção constituem verdadeiros desafios. Não obstante, a conduta adotada tem como objetivo obedecer às boas práticas conforme o preconizado no CNPBCI, cumprindo as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI). O cumprimento das PBCI garante a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde, sendo que, a aplicação das mesmas durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o enfermeiro e o doente e o grau de exposição que se prevê. Destaca-se assim: a utilização e adequação do EPI à tipologia de isolamento (protetor, contenção) e via de transmissão (contacto, gotículas ou via aérea); higienização das mãos; isolamento de doentes no espaço físico; garantir a limpeza e desinfeção de espaços e equipamentos; uso de técnica asséptica na realização de procedimentos que assim o requerem; assim como a realização de sessões de educação para a saúde, quer ao doente como à família/cuidador. Na nossa realidade diária, verifica-se a recorrência de utentes ao serviço de urgência, por infeções urinárias associadas a cateter vesical. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro na educação e promoção da saúde poderá ser impactante com ganhos em saúde, através do ensino como estratégia de prevenção e controlo de infeção.

No que ao estágio final diz respeito, podemos afirmar que as UCI consistem em locais de maior prevalência das IACS, onde a adoção de medidas invasivas para monitorização e manutenção das funções vitais bem como a adoção de técnicas e procedimentos mais complexos associados a uma instabilidade do doente crítico, são propícias ao surgimento das IACS. Desta forma, a implementação de medidas que visem prevenir e controlar a infeção, são um aspeto essencial na prestação de cuidados em contexto de UCI. Como tal, foi necessário consultar as normas em vigor no serviço, subjacentes a normas emanadas pela DGS na prevenção e controlo das IACS relativas a feixes de intervenções. Como atividades desenvolvidas no âmbito da prevenção e controlo de infeção, no decurso do estágio, destacam-se as seguintes: colheitas de vários produtos biológicos para exames microbiológicos a todos os doentes no momento da admissão (duas hemoculturas, urocultura, zaragatoas, exsudado nasal e retal), substituição dos sistemas de soros ou perfusões na admissão do utente, higiene oral através do tubo orotraqueal pelo menos uma vez por turno com Clorhexidina oral; aspiração de secreções com recurso a técnica asséptica, a substituição do sistema linha arterial a cada 48 horas e de cateter venoso

central a cada 72 horas. Como estratégias adotadas de controlo de infeção, podemos ainda nomear a preocupação com: a identificação da unidade do doente com a adequada sinalética referente ao tipo de isolamento; a limpeza e desinfeção da unidade e descontaminação de equipamentos, a gestão de resíduos provenientes de cada unidade, assim como, o manuseamento seguro da roupa.

Ao analisar a competência em apreciação à luz da pandemia COVID-19, constatamos a importância da prevenção e controlo de infeção. A pandemia trouxe a debate a importância da utilização de EPI; das medidas de isolamento; dos circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão; assim como da limpeza e desinfeção. O objetivo central, perante o alarmante aumento de casos de COVID-19, recaiu sobre a redução do risco de infeção e propagação da doença. Neste sentido, desenvolvemos atividades formativas, enquanto elemento dinamizador do GCLCIPRA, com o intuito de capacitar e qualificar profissionais da área de saúde na gestão de cuidados aos doentes com infeção suspeita ou confirmada de COVID-19.

Importa realçar, o contributo das unidades curriculares lecionadas durante o mestrado, nomeadamente da Enfermagem Médico-cirúrgica V que permitiu a aquisição de conhecimentos essenciais ao desenvolvimento desta competência.

Em suma, as IACS constituem uma problemática crescente e um desafio para todos os profissionais de saúde, principalmente no que respeita à PSC. Neste campo, o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC assume um papel fundamental ao promover boas práticas de prevenção e controlo da infeção. Dado o supracitado, consideramos ter desenvolvido com sucesso as competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Com o término do presente capítulo que explanou o percurso de aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do EE, Competências Específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e das Competências de Mestre, segue-se a conclusão na qual se pretende refletir sobre a jornada incursada ao longo do Mestrado, lembrando que o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, constitui-se, na nossa opinião, como uma aprendizagem ao longo da vida.

CONCLUSÃO

A conclusão do relatório de estágio assume-se como o culminar de uma etapa de cariz académico, profissional e pessoal pautada por desafios, e que se traduz na finalização do ciclo de estudos referente ao curso de Mestrado. A sua elaboração, resultante de todo um processo de aprendizagens e aquisição de competências, permitiu-nos a descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo deste curso de Mestrado com principal destaque não só para o Estágio Final, assim como, para os conteúdos abordados e desenvolvidos nas diferentes unidades curriculares que se revelaram essenciais neste processo.

A caracterização do contexto no qual se desenrolou a prática especializada permitiu um conhecimento mais aprofundado da dinâmica do mesmo, contribuindo para o planeamento de atividades e para a construção de um projeto ajustado à tipologia e organização do contexto, enquadrando os momentos de aprendizagem ocorridos.

Através da metodologia de projeto foi possível identificar necessidades sensíveis à intervenção de enfermagem, que permitiram o planeamento do nosso PIS. A escolha da temática recaiu sobre os cuidados pós-reanimação, com o intuito de responder a uma necessidade efetiva de intervenção do serviço no qual decorreu o estágio. Assim, com recurso a ferramentas de diagnóstico delineamos objetivos e prioridades, definindo-se como objetivo geral: melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem pós-reanimação. Com a consecução deste projeto, através dos objetivos específicos, atividades e cronograma planeados, consideramos ter contribuído para a uniformização de cuidados e divulgação de conhecimentos.

No decorrer deste processo formativo, desenvolvemos uma *scoping review* que nos permitiu identificar a evidência mais recente e aferir a pertinência do tema. Para suporte teórico da temática, apropriamo-nos do modelo teórico de enfermagem de June Larrabee (2011), o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências, por se enquadrar no âmbito do projeto. Através do desenvolvimento do PIS, procuramos uniformizar os cuidados de enfermagem após RCE, tendo por base as orientações reunidas em consenso de peritos, recentemente divulgadas. Neste sentido, consideramos o MMPBE como o modelo teórico mais ajustado uma vez que se procura a mudança da prática com base em evidência. Na nossa opinião, a prática especializada encontra-se em consonância com os pressupostos do MMPBE, pois conforme o disposto no Regulamento 429/2018, “o avanço no conhecimento requer que o especialista em enfermagem médico-cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para

os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, nº 135, 2ª série, p.19360).

A *scoping review* permitiu-nos verificar que a simples recuperação da pressão arterial e da troca gasosa não garante a sobrevivência e a retoma funcional, e uma disfunção cardiovascular significativa pode ocorrer depois do RCE. Neste sentido, tem vindo a ser realizado um conjunto cada vez maior de pesquisas com o objetivo de identificar e otimizar práticas que melhorem os desfechos dos doentes que atingem RCE após PCR.

A qualidade dos cuidados de enfermagem pós-PCR pode impactar na redução da mortalidade e limitar a ocorrência de lesão neurológica e incapacidade funcional, com consequente melhoria da qualidade de vida. Desta forma, os enfermeiros, desempenham um papel fulcral na vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica e, consequentemente, no despiste de complicações que podem comprometer a sua saúde e atrasar o seu processo de recuperação.

Após RCE, os enfermeiros, monitorizam rigorosamente múltiplos parâmetros, identificando precocemente qualquer sinal de complicação, atendendo ao facto que o reconhecimento imediato e o tratamento de algum distúrbio irá impactar diretamente no prognóstico pós-PCR. Assim, conclui-se que os cuidados pós-PCR devem ser de conhecimento e domínio do enfermeiro, por forma a que o mesmo possa atuar com qualidade e segurança e com base nas diretrizes e evidências de RCP disponíveis. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em EMC-PSC, desempenha um papel preponderante pois é de sua competência prestar cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica, atuando em conformidade.

A execução do PIS englobou o desenvolvimento de um procedimento setorial, intitulado de “Procedimento de cuidados de enfermagem ao doente pós-PCR”, assim como de uma *checklist*, divulgados à equipa de enfermagem numa sessão de formação. A elaboração da proposta de procedimento de cuidados de enfermagem pós-PCR, permite uniformizar os cuidados prestados à pessoa após RCE, enquanto que a *checklist* se configura como fonte de consulta que irá nortear os cuidados de enfermagem. A divulgação, através de sessão de formação, das diretrizes atuais na área dos cuidados pós-reanimação, permitiu dotar a equipa de enfermagem promovendo a atualização de conhecimentos e consequentemente uma prestação de cuidados com

qualidade e baseados na evidência. Tendo em conta o descrito, esperamos ter contribuído para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC, através da elaboração deste projeto.

A redação do presente relatório culminou com uma reflexão crítica realizada sobre as atividades desenvolvidas no âmbito da aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EE em EMC-PSC e as competências de Mestre em Enfermagem, as quais consideramos ter alcançado, atingindo assim os objetivos propostos no início deste relatório.

A principal dificuldade sentida ao longo de todo o mestrado, assim como na elaboração do presente relatório consistiu na articulação e gestão entre as diferentes vertentes: pessoal, familiar e profissional. Contudo, consideramos que o empenho, motivação e dedicação foram fatores fundamentais para ultrapassar as dificuldades e atingir os objetivos.

Finalizámos referindo que esta jornada não termina no culminar deste curso de Mestrado, pois a busca constante pela excelência dos cuidados de enfermagem é um processo contínuo e um dever ético de todos os enfermeiros, em particular dos enfermeiros especialistas. O término deste ciclo de estudos dá assim início a uma prática especializada, que se almeja ser pautada por cuidados de excelência e de uma elevação ao expoente máximo daquilo a que Enfermagem se designa enquanto profissão e disciplina do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abella, B.; Bobrow, B. (2020). Chapter 26: Post–cardiac arrest syndrome. IN: Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 9ª Edição. McGraw Hill. ISBN 978-1-260-01993-3
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2011). *Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos*. 2ª Edição. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-de-Normas-de-Enfermagem-Procedimentos-T%C3%A9cnicos.pdf>
- Agência de Avaliação e Creditação do Ensino Superior. (s.d.). *Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. Portugal. Disponível em <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
- Albino, A.P.; Jacinto, V. (2010). *Implementação da escala de alerta precoce EWS: Detecção do Doente Crítico*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336285202_Implementacao_da_escala_de_alerta_precoce-EWS/link/5d99cf46a6fdccfd0e7be12b/download
- Alligood, M.; Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (septima edición). Editora: Elsevier Mosby. 7ª edição (23 junho 2011). ISBN: 9788480867160
- Amaral de Sousa, H.E. (2014). *Hipotermia Terapêutica na Sala de Emergência: uma intervenção pós-PCR*. Relatório apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1260/1/Hugo_Sousa.pdf
- Amendoeira, J. (2021). *Tutorial Revisão Sistemática de Literatura; A Scoping Review*. Edição: Escola Superior de Saúde de Santarém Instituto Politécnico de Santarém. setembro de 2021. ISBN: 978-989-33-2553-7 Depósito Legal: 9 78989332537. Disponível em: https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/1/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_nov_2021_PT_JA.pdf

- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association*. 7ª Edição. <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>
- American Heart Association [AHA] (2010). *Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2010 da American Heart Association*. Disponível em: https://ftp.medicina.ufmg.br/ped/Arquivos/2014/Destaques_das_Diretrizes_da_American_Heart_Association_2010_para_RCP_e_ACE_03012014.pdf
- American Heart Association [AHA] (2015a). *Destaques da American Heart Association: Atualização das diretrizes de RCP e ACE de 2015*. Disponível em: <http://www.bombeiros.ms.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-das-Diretrizes-de-RCP-e-ACE-2015.pdf>
- American Heart Association [AHA] (2015b). Part 8: Post-Cardiac Arrest Care. American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015; 132:S465–S482. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000262>
- American Heart Association [AHA] (2020). American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, Volume 142, Issue 16_Suppl_2, 20 October 2020; Page S336. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000929>
- American Heart Association [AHA] (2021a) – *Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association*. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf
- American Heart Association [AHA] (2021b) – *Suporte Avançado de vida Cardiovascular: Manual do Profissional*. Texas: Orora Visual. ISBN: 978-1-61669-919-2.
- Arksey, H.; O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8:1, 19-32, DOI: 10.1080/1364557032000119616
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES]. (2023a). *Ficha da Unidade Curricular Relatório*.

- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES]. (2023b). *Planeamento da Unidade Curricular Estágio Final*
- Barbosa, N.; Cordeiro, B.; Abrahão, A.; Xavier, M.; Carvalho, R.; Silva, R.; Vieira, M. (2017). Educação em Saúde: o uso da matriz SWOT para análise de projetos. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*. N.11. P. 4298-4304. SSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201704
- Bellan, M. C.; Araújo, I. I. M.; Araújo, S. (2010). Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1019-1027. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600023>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 9789728535971
- Bernoche, C.; Timerman, S.; Polastri, T.; et al. (2019). Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiorrespiratória e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2019; 113(3):449-663 DOI: 10.5935/abc.20190203
- Capelo, S. (2017). *Intervenção Especializada de Enfermagem no Controlo Direcionado da Temperatura. A Neuroproteção da Pessoa em Situação Crítica*. Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19135/1/Relat%c3%b3rio%20Final%20do%20MEPSC%20Sussana%20Capelo.pdf>
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*: October 1978 - Volume 1 - Issue 1. pp.13-24. DOI: 10.1097/00012272-197810000-00004
- Centro Hospitalar Distrital [CHD]. (2016). Plano de Atividades e Orçamento 2016: Plano Estratégico.
- Centro Hospitalar Distrital [CHD]. (2017a). Manual de Acolhimento de Novos Profissionais.
- Centro Hospitalar Distrital [CHD]. (2017b) – Plano de Contingência Global.
- Centro Hospitalar Distrital [CHD]. (2018a). Regulamento Interno do Serviço de Cuidados Intensivos. Disponível em Intranet

- Centro Hospitalar Distrital [CHD]. (2018b). Descrição de Funções do Enfermeiro Chefe de Equipa de Enfermagem do SCI. Disponível em Intranet
- Centro Hospitalar Distrital [CHD]. (2019) - *Suporte Avançado de Vida: Manual do Profissional de Saúde*. Edição: Serviço de Gestão da Formação. Disponível em Intranet.
- Centro Hospitalar Distrital [CHD]. (2022a). Web site do Centro Hospitalar, EPE
- Centro Hospitalar Distrital [CHD]. (2022b). Política de Enfermagem
- Centro Hospitalar Distrital [CHD]. (2022c) - Descrição de Funções da EPVA. Disponível em Intranet
- Conselho Português de Ressuscitação (2022). Disponível em: <https://cpressuscitacao.pt/cpr/>
- Correia, M.C.B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Universidade de Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutoramento em Enfermagem. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf
- Correia, B. (2017). *Síndrome Pós-Paragem Cárdio-Respiratória: Fisiopatologia, Tratamento e a Importância do Controlo da Temperatura*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/30915/1/BrunoMNCorreia.pdf>
- Coutinho, V.; Martins, J. (2015). A simulação na formação de profissionais de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*; Volume 19:1. Pág:9-12, Jan/Mar, 2015. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150001>
- Cruz, L.; Rêgo, M.; Lima, E. (2018). O enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar: desafios do cotidiano. *Revista Refaci*. Brasília, 2018. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/82/1/Lidiane%20Cruz_0000748_Marina%20R%C3%A7o_0000089.pdf
- Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro - *Rede Telefónica interna para ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar*. Diário da República n.º 198/2018, Série II de 2018-10-15, páginas 27533-27533. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>

- Despacho n.º 9390/2021. Diário da República, 2.ª série. Nº 187. 24 de setembro de 2021. SAÚDE: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Disponível em: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013. ISBN: 978-972-675-203-5 Depósito Legal: 372002/14. <https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Resumo.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013b). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013. http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sau%CC%81de_2013-01-17_.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor* Lisboa: Direção-Geral da Saúde, (2017). Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. ISSN: 2184-1179 Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Disponível em: <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

- Duarte, A.; Chícharo, S.; Freitas da Silva, K.; Vianna, T.; Lemos de Oliveira, R.; Fernandes de Santana, W. (2021). Uma análise dos últimos 20 anos dos protocolos da American Heart Association: O que mudou no Suporte Básico de Vida? *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, e5710514607, 2021 (CC BY 4.0). ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14607>
- European Resuscitation Council [ERC]. (2015) – *Manual de Suporte Avançado de Vida. Advanced Life Support Portuguese translation*. 7ª Edição. Editores: Conselho Português de Ressuscitação. ISBN: 9789492543219
- European Resuscitation Council [ERC]. (2021) – *European Resuscitation Council Guidelines 2021*. Disponível em <https://cprguidelines.eu/>
- Fawcett, J.; Watson, J.; Neuman, B.; Walker, P.; Fitzpatrick, J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (2), 115-119. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x>
- Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*. Volume 18 Issue 2, 2005 Apr;18(2):131-5. <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>
- Flório, T. (2014) - *Respostas de emergência à pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital: as práticas, os resultados e as opiniões dos enfermeiros*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.
- Fonseca, C.; Ramos, A.; Santos, D.; Gaspar, L.; Ferreira, M. (2012). Prática de enfermagem baseada na evidência: o caso das feridas. *Journal of Aging & Innovation*. ISSN: 2182-696X. Volume 1. Edição 6. pp. 5-14. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1-PBE-feridas.pdf>
- Fonseca, R. (2012). *Comunicação de más notícias em contexto de urgência*. Coimbra: Escola superior de enfermagem de Coimbra. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica file:///C:/Users/ricjc/Downloads/D2011_10001822012_2916023_1.pdf
- Fortin, M-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. 2000. ISBN: 972-8383-10-X

- Gonzalez, M.; Timerman, S.; Gianotto-Oliveira, R. et al. (2013). I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Volume 101, Nº 2, Supl. 3, agosto 2013. ISSN-0066-782X. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.2013S006>
- Grilo, A.M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol. 13, núm. 2, 2012, pp. 283-297. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36225171011.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2012). *Situação de Exceção - Manual TAS*. Versão 3.0. Lisboa: INEM. ISBN 978-989-8646-08-8. Disponível em: <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 [INEM] (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Versão 2.0. 1ª Edição. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2021). *ERC Guidelines 2021: Recomendações para as Equipas Pré-Hospitalares*. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/ERC-Guidelines-Recomendacoes.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2022). *Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa*. Disponível em <https://www.inem.pt/?s=Programa+Nacional+de+Desfibrilha%C3%A7%C3%A3o+Autom%C3%A1tica+Externa>.
- International Council of Nurses [ICN]. (2012). *Combater a Desigualdade: da evidência à ação*. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-09-7. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- International Liaison Comitê On Resuscitation [ILCOR]. (2022). Disponível em <https://www.ilcor.org/about>
- Kérouac, Suzanne; Pepin, Jacinthe; Ducharme, Francine. (2017). *La Pensée Infirmière (4e Édition)*. Editor: Beauchemin, abril 2017. 224 p. ISBN 9782765051749
- Larrabee, J.H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-85-63308-91-7.

- Le Boterf, G. (1999). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Les Éditions de l'Organisation. ISBN 9782708120211
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Edições Artmed. ISBN: 9788536301297
- Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. Diário da República, 1.ª série, N.º 126, 3 de julho de 2006. Lei de bases da Proteção Civil. Lisboa: Assembleia de República Pp. 4696-4706. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, Diário da República, 1.ª série, N.º 169. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. PP: 55-66. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lopes, H.; Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: perceção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2.ª Série, nº.6 (fevereiro), p.55-58. Coimbra. ISSN 2182-9764. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/13491>
- Macedo, R.P.A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Martins, J. T.; Bobroff, M. C.; Ribeiro, R. P.; Robazzi, M. L.; Marziale, M. H.; Haddad, M. C. (2013). Significados de cargas de trabalho para enfermeiros de pronto socorro/emergência. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(1), 40-46. doi:10.4025/cienccuidsaude.v12i1.16459
- Martins, J.; Mazzo, A.; Baptista, R.; Coutinho, V.; Godoy, S.; Mendes, I.; Trevizan, M. (2012). A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 619–625. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400022>
- Máximo, É.; Carvalho, D.; Costa, T.; Oliveira, D. (2009). Evolução Histórica da Ressuscitação Cardiopulmonar: Estudo de Revisão. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*. 2009 julho/setembro;3(2):709-714. ISSN 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.149-181-1-RV.0303200936
- Mão-de-ferro, A. (1999) - *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 972-772-069-2

- Mendes, C.; Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2014; 32(2):197–205. DOI: 10.1016/j.rpsp.2014.06.003
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 972-675-097-0
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Governo de Portugal. Disponível em: <https://r-3.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>
- Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. República Portuguesa
- Moreira, C. (2015). *A Situação de Paragem Cardiorrespiratória: Experiências dos Enfermeiros*. Relatório apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1451/3/Celine_Moreira.pdf
- Nolan, JP. [et al.] (2010). *International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations*. Outubro (16 Suppl 2):S250-75. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970897
- Nolan, JP.; Sandroni, C.; Böttiger, B.; et al. (2021). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med* 47, 369–421 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4>
- Nunes, L; Amaral, M & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Edição: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Regulamento n.º 361/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 123 — 26 de junho de 2015. PP. 17240-17243. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Regulamento n.º 190/2015. Diário da República, 2.ª série, N.º 79 (23 de abril de 2015). Pp.10087-10090. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015c). *Código Deontológico*. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015. PP. 8059-8105
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015d). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015. PP. 8059-8105. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). *Regulamento da Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Regulamento nº 743/2019. Diário da República, II série — Nº184 – 25 de setembro de 2019
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. ISBN 978-92-4-000570-9. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Pais Ribeiro, José Luís. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Edição. Porto: Legis Editora, 2010. ISBN 9789898148469

- Pereira, E.; Souza, V.; Broca, P.; Silva, M.; Silva, T.; Guilherme, F.; Hanzelmann, R.; Rocha, R. (2021). Cuidados de enfermagem ao paciente pós-parada cardiorrespiratória: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, e9310413861, 2021 (CC BY 4.0). ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13861>
- Pereira e Cunha, S. (2017). *Percursos de Prática Perita de Enfermeiros a trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Relatório apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1887/1/Sandra_Cunha.pdf
- Peters, M.; Godfrey, C.; Khalil, H.; McInerney, P.; Parker, D.; Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015 Sep;13(3):141-6. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050. PMID: 26134548
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN 9789728383848
- Portaria 155/2009, de 10 de fevereiro. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde- Diário da República n.º 28/2009, Série I de 2009-02-10
- Rasia, M. (2016). *Cuidados de Enfermagem a Pacientes em Pós-Parada Cardiorrespiratória internados em Unidade de Terapia Intensiva: Construção e Validação de Protocolo*. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167744/341069.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rech, T.; Vieira, S. (2010). Hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória: mecanismos de ação e desenvolvimento de protocolo assistencial. *Revista brasileira de terapia intensiva* 22 (2) .Jun 2010 Online ISSN: 1982-4335 • <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2010000200015>
- Regulamento n.º 101/2015. Diário da República, 2.ª série. N.º 48 (10 de março de 2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Pp. 5948-5952. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

- Regulamento n.º 429/2018. Diário da República, 2.ª série. N.º 135 (16 de julho de 2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Pp. 19359-19366. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série. N.º 26 (6 de fevereiro de 2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Pp 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Resuscitation Council UK (2021). *Post-resuscitation care Guidelines*. Disponível em: <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/post-resuscitation-care-guidelines>
- Ribeiro, O.; Martins, M.; Tronchin, D.; Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, n.º 19 - out./nov./dez. 2018. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Roldão, M.C. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências: as questões dos professores*. Editorial Presença. ISBN: 9789722330862
- Rosswurm, M. A.; Larrabee, J. H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317–322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de etapas. *Percursos: Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, 15, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Saleh, U. (2018). Theory guided practice in nursing. *Journal of Nursing Research and Practice*. 2018;2(1):18. Retrieved from <https://www.pulsus.com/scholarly-articles/theory-guided-practice-in-nursing-4140.html>
- Sapeta, P.; Ramos, V. (2016). *Equipa de emergência médica intra-hospitalar: processo de decisão de não reanimar*. Editora: Instituto Politécnico de Castelo Branco: Escola Superior de

Saúde Dr. Lopes Dias. Disponível em: https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/3474/4/UC%2011%20-%20RSL%20V%c3%a2nia%20Ramos_A.pdf

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1a edição). Lidel: Edições Técnicas, Lda. ISBN 9789897521683

Sousa, T.A.D. (2012). *Competências de liderança nas chefias de enfermagem*. Universidade do Porto: Faculdade de Economia. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia de Serviços de Saúde.

Souza, J.D.; Júnior, J.M.P.; Miranda, F.A.N. (2017). Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência* Série IV - n.º 12 - JAN./FEV./MAR. 2017. PP. 107-116. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16064>

Teixeira, J.M.F.; Durão, M.C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 10 - jul./ago./set. 2016. pp.135-142. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>

Tojal, A. (2011). *Perceção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Disponível em: https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=2017&id_event=64

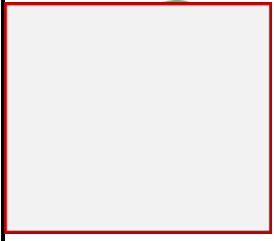
White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), pp. 73-86. DOI: 10.1097/00012272-199506000-00007

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Atividades

Ativida- des	Mês	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Enquadramento con- ceptual e teórico						
Diagnóstico de situação	Realização de entre- vistas e análise S.W.O.T.					
	Identifica- ção do pro- blema					
	Definição de objeti- vos					
Planeamento						
Revisão da literatura						
Elaboração da chec- klist e norma de pro- cedimento						
Divulgação da sessão						
Formação						
Elaboração do relató- rio						

**APÊNDICE II – Proposta da norma de procedimento de enfermagem
sobre os cuidados de enfermagem pós-reanimação**

	Procedimento de Cuidados de Enfermagem ao doente Pós-PCR	Data de entrada em vigor:	
		Versão 03	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
	Serviço de Medicina Intensiva	Cód. Documento:	PS.SMIN.---

1. Objetivo

Este procedimento visa estabelecer metodologias para a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes pós-PCR, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar Distrital (CHD)

2. Campo de aplicação

Aplica-se aos enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Distrital

3. Siglas, abreviaturas e definições

AHA - American Heart Association
 ° C – Graus Celsius
 CDT - Controlo direcionado de temperatura
 CHD – Centro Hospitalar Distrital
 CPC - Cerebral Performance Category
 EEG - Eletroencefalograma
 mmHg – milímetros de mercúrio
 mg/dl – miligrama por decilitro
 O₂ - Oxigénio
 PCR - Paragem Cardiorrespiratória
 RASS – Richmond Agitation Sedation Scale
 RCE – Retorno da Circulação Espontânea
 RCP – Reanimação Cardiopulmonar
 SMI – Serviço de Medicina Intensiva
 UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

PCR – A PCR assume-se como uma situação limite entre a vida e a possibilidade de não sobreviver, e pode ser definida como a cessação súbita da atividade cardíaca, associada à ausência da respiração e a um elevado índice de complicações decorrentes. Pode ser reversível mediante um atendimento imediato.

RCP – A RCP surge em 1960, com o intuito de restaurar a função cardiorrespiratória em doentes que sofreram PCR, e tem como objetivo prolongar a vida, com bom prognóstico neurológico. Consiste num conjunto de medidas que visam reverter e/ou dar suporte à pessoa em PCR, até que as suas funções vitais sejam restauradas.

CDT – O CDT caracteriza-se por uma redução controlável da temperatura central do corpo e tem demonstrado, de forma consistente, reduzir a mortalidade e melhorar os desfechos neurológicos em doentes pós-PCR, devido aos seus efeitos neuroprotetores. A temperatura do corpo do doente é reduzida para um alvo de 32-36°C, sendo que este intervalo representa o equilíbrio entre os benefícios clínicos e os efeitos adversos, que se exacerbam a temperaturas mais baixas. A aplicação do CDT está dividida em três fases, sendo elas: a indução, a manutenção e o reaquecimento. Na fase de indução, o objetivo consiste em diminuir a temperatura corporal até à temperatura-alvo; na fase de manutenção pretende-se manter a temperatura, evitando o mínimo de flutuações na temperatura corporal por um período de 24 horas, e por fim, a fase de reaquecimento que deverá ser lenta, ao ritmo de 0,2° C a 0,5° C por hora. Segundo o ERC (2021), todos os doentes adultos que não respondem a comandos, após PCR devem ser submetidos ao controlo direcionado da temperatura, tendo como temperatura alvo entre os 32°C e 36°C, mantida constantemente durante pelo menos 24 horas.

4. Referências

- AMERICAN HEART ASSOCIATION (2020) – American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, Volume 142, Issue 16_Suppl_2, 20 October 2020; Page S336. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000929>
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (2020) – Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (2021) – Suporte Avançado de vida Cardiovascular: Manual do Profissional. Texas: Orora Visual. ISBN: 978-1-61669-919-2.
- CAPELO, Susana Alexandra Duarte (2017) - Intervenção Especializada de Enfermagem no Controlo Direcionado da Temperatura. A Neuroproteção da Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19135/1/Relat%c3%b3rio%20Final%20do%20MEPSC%20Susana%20Capelo.pdf>
- CRUZ, Lidiane; RÊGO, Marina; LIMA, Évily (2018) - O enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar: desafios do cotidiano. Refaci. Brasília, 2018.
- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (2021) – European Resuscitation Council Guidelines 2021. Disponível em <https://cprguidelines.eu/>
- MÁSSIMO, Érika; CARVALHO, Daclé; COSTA, Talline; OLIVEIRA, Danilo (2009) – Evolução Histórica da Ressuscitação Cardiopulmonar: Estudo de Revisão. Revista de Enfermagem UFPE on-line.. 2009 Julho/setembro;3(2):709-714. ISSN 1981-8963.
- NOLAN, Jerry P.; SANDRONI, Claudio; Böttiger, Bernd W. et al. (2021) - European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. Intensive Care Med 47, 369–421 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4>
- RASIA, Maíra Antonello (2016) - Cuidados de Enfermagem a Pacientes em Pós-Parada Cardiorrespiratória internados em Unidade de Terapia Intensiva: Construção e Validação de Protocolo. |

5. Responsabilidades

|A Coordenadora da UCI pela divulgação e implementação do Procedimento.

Os Enfermeiros do SMI são responsáveis pela sua aplicação |

6. Procedimento

Os cuidados pós-reanimação foram incluídos na cadeia de sobrevivência pela American Heart Association na edição de 2010 e, de acordo com as guidelines de 2020, têm como objetivos iniciais: otimizar a função cardiopulmonar e a perfusão de órgãos vitais. Estão descritos como objetivos subsequentes dos cuidados pós-PCR: o controlo da temperatura corporal para otimizar a sobrevivência e a recuperação neurológica; a identificação e tratamento de síndromes coronárias agudas; otimização da ventilação mecânica para minimizar a lesão pulmonar; redução do risco de lesão de múltiplos órgãos; instituição de técnicas de substituição de órgão se necessário; e por último a avaliação do prognóstico e a reabilitação.

O início precoce dos cuidados pós-PCR, tem como objetivo minimizar ou contrariar os efeitos da instalação da síndrome pós-PCR, com o intuito de melhorar a taxa de sobrevida, atentando CPC1 (alta hospitalar após PCR). Os estudos demonstram que a maioria das mortes sucede durante as primeiras 24h após a ressuscitação. Neste sentido, os cuidados pós-PCR têm potencial significativo de contribuir para a redução da mortalidade precoce causada por instabilidade hemodinâmica, além de morbidade e mortalidade posteriores ocasionadas por falência de vários órgãos e por lesão cerebral (AHA, 2021).

De acordo com a evidência disponível, o controlo de temperatura e o tratamento da causa subjacente da PCR afetam a sobrevivência e o desfecho neurológico, assim como, a otimização hemodinâmica. Desta forma, a gestão proactiva da fisiologia pós-PCR pode melhorar o desfecho para o doente, garantindo a oxigenação e a perfusão dos órgãos, e evitando e controlando as complicações (AHA, 2021).

Tendo em conta o descrito, a evidência recomenda que os cuidados pós-PCR sejam iniciados imediatamente após o RCE.

Após a RCE ocorre a fase de estabilização inicial, na qual são prestados cuidados com base na gestão de prioridades, nomeadamente: a gestão da via aérea, controlo de parâmetros respiratórios e de parâmetros hemodinâmicos.

A uniformização dos cuidados contribui para a qualidade e segurança dos cuidados prestados e permite uma eficaz gestão de recursos. Neste sentido surge o presente procedimento, no qual serão descritas as intervenções de enfermagem aos doentes após PCR.

Intervenção de Enfermagem	Justificação
<u>Oxigenação e Ventilação</u>	
Monitorizar a saturação de oxigénio, tendo como meta o intervalo entre 94-98%	Prevenir hipoxia e melhorar o retorno venoso encefálico
Evitar a hiperventilação	Prevenir complicações. A hiperventilação provoca vasoconstrição cerebral, reduzindo o fluxo de perfusão cerebral
Em caso de doente sem resposta após RCE, garantir a obtenção de via aérea avançada e utilizar capnografia	Assegurar a permeabilidade da via aérea, da respiração e da circulação.
Monitorizar os parâmetros do ventilador	Estabelecer parâmetros de segurança e evitar lesão induzida pela ventilação mecânica
Monitorizar fatores que aumentem o consumo de O ₂ (febre, tremor, convulsões)	Prevenir complicações
Manter via aérea permeável	Remover as secreções
Manter cabeceira da cama elevada (30°), caso não exista contra-indicação	Prevenir complicações, tais como, edema cerebral e pneumonia associada à ventilação
Promover higiene oral adequada	Prevenir a pneumonia associada à ventilação
<u>Otimização Hemodinâmica</u>	
Monitorizar o doente com telemetria cardíaca	Avaliar o estado hemodinâmico do doente

Monitorizar tensão arterial (idealmente através de linha arterial)	Assegurar o rigor da monitorização
Monitorizar ritmo e frequência cardíacos, valores laboratoriais relativos a eletrólitos e sinais vitais	Obter valores de referência e avaliar possíveis alterações hemodinâmicas
Monitorizar débito urinário	Avaliar o estado hemodinâmico do doente
Manter pressão arterial sistólica ≥ 90 mmHg ou uma pressão arterial média de 65 mmHg. Se necessário administrar cristaloides e/ou vasopressores ou inotrópicos	Manter a perfusão adequada dos órgãos vitais
Assegurar a realização de eletrocardiograma de 12 derivações	Detetar precocemente a existência de alterações. As elevações no segmento ST ou bloqueio do ramo esquerdo, são as causas mais frequentes de PCR
Identificar e tratar causas reversíveis de PCR: 5 “H”s e 5 “T”s conforme prescrição. Hipovolemia; Hipoxia; Hipocalemia/Hipercalemia; Hidrogénio (acidose); Hipotermia. Pneumotórax hipertensivo; Tamponamento cardíaco; Toxinas; Trombose pulmonar (embolia pulmonar); Trombose coronária	Detetar eventuais fatores desencadeantes da PCR e colaborar no tratamento
<u>Controlo Direcionado de Temperatura</u>	
Se o doente não responde a comandos, iniciar o controlo direcionado de temperatura, mantendo a temperatura num intervalo de 32-36°C, durante 24 horas	Promover a neuroprotecção
Monitorizar continuamente a temperatura central, idealmente através de cateter esofágico, se disponível	Avaliar a eficácia do tratamento através de dispositivo contínuo e fidedigno
Prevenir e tratar a febre (Temperatura $> 37,7^{\circ}\text{C}$) imediatamente após a RCE e durante a fase de reaquecimento	Promover a eficácia do tratamento Utilizar medidas não farmacológicas para controlo de temperatura
Vigiar a ocorrência de tremores e alertar a equipa médica caso estes se verifiquem	Prevenir complicações. O tremor é uma resposta fisiológica normal na tentativa de manter a temperatura corporal.
Vigiar e identificar eventuais efeitos adversos do CDT (bradicardia, hipotensão, hiperglicemia, entre outros)	Detetar precocemente complicações
<u>Otimização Neurológica</u>	
Monitorizar o nível de consciência com recurso à Escala de Glasgow ou Escala de RASS (caso o doente se encontre sedado)	Avaliar o estado neurológico pós-PCR e otimizar a sua recuperação
Monitorizar o tamanho, formato, simetria e reação das pupilas	Reconhecer precocemente lesão cerebral
Monitorizar quanto à ocorrência de convulsões e alertar equipa médica caso se verifiquem	Prevenir complicações. As convulsões aumentam a atividade metabólica do cérebro e podem provocar lesão cerebral
Se disponível, utilizar EEG contínuo para diagnosticar convulsões eletrográficas e monitorizar os efeitos do tratamento	Reconhecer precocemente distúrbios neurológicos possivelmente tratáveis. A sedação pode dificultar o diagnóstico de ocorrência de convulsões. A utilização de EEG permite uma avaliação mais rigorosa.
<u>Eletrólitos e glicémia</u>	
Monitorizar a glicémia capilar, mantendo valores no intervalo entre 140–180 mg dL ⁻¹ . Utilizar perfusão de insulina, se necessário	Evitar complicações. A hiperglicemia em pós-PCR é associada a uma evolução neurológica desfavorável
Manter eletrólitos dentro dos intervalos dos parâmetros normais, evitando arritmias	Obter valores de referência e avaliar possíveis alterações hemodinâmicas

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:**Versão:**

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01			Versão original	

Revisão:

A rever por:	<i>Cargo/Comissão com responsabilidade na revisão do documento no prazo máximo de 3 anos</i>	Data da próxima revisão:
---------------------	--	---------------------------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	<i>- De acordo com a Estrutura hierárquica/organizacional do Serviço/Unidade Funcional</i> <i>Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4. "Dependência Hierárquica e Funcional"</i> <i>- Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)</i>	Data: Data:
Ratificado por:	<i>Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autônoma</i>	Data:

**APÊNDICE III – *Checklist* dos cuidados de enfermagem ao doente
após RCE**

Cuidados Pós-PCR	Verificar
Oxigenação e Ventilação	
Monitorizar a saturação de oxigénio, tendo como meta o intervalo entre 94-98%	
Evitar a hiperventilação	
Em caso de doente sem resposta após RCE, garantir a obtenção de via aérea avançada e utilizar capnografia	
Monitorizar os parâmetros do ventilador	
Monitorizar fatores que aumentem o consumo de O ₂ (febre, tremor, convulsões)	
Manter via aérea permeável	
Manter cabeceira da cama elevada (30°), caso não exista contra indicação	
Promover higiene oral adequada	
Otimização Hemodinâmica	
Monitorizar o doente com telemetria cardíaca	
Monitorizar tensão arterial (idealmente através de linha arterial)	
Monitorizar ritmo e frequência cardíacos, valores laboratoriais relativos a eletrólitos e sinais vitais	
Monitorizar débito urinário	
Manter pressão arterial sistólica ≥ 90 mmHg ou uma pressão arterial média de 65 mmHg. Se necessário administrar cristaloides e/ou vasopressores ou inotrópicos	
Assegurar a realização de eletrocardiograma de 12 derivações	
Identificar e tratar causas reversíveis de PCR: 5 “H”s e 5 “T”s	
Controlo Direcionado de Temperatura	
Se o doente não responde a comandos, iniciar o controlo direcionado de temperatura, mantendo a temperatura num intervalo de 32-36°C, durante 24 horas	
Monitorizar continuamente a temperatura central, idealmente através de cateter esofágico	
Prevenir e tratar a febre (Temperatura $> 37,7^{\circ}\text{C}$) imediatamente após a RCE e durante a fase de reaquecimento	
Vigiar a ocorrência de tremores e alertar a equipa médica caso estes se verifiquem	
Vigiar e identificar eventuais efeitos adversos do CDT(bradicardia, hipotensão, hiperglicemia, entre outros)	
Otimização Neurológica	
Monitorizar o nível de consciência com recurso à Escala de Glasgow ou Escala de RASS (caso o doente se encontre sedado)	
Monitorizar o tamanho, formato, simetria e reação das pupilas	
Monitorizar quanto à ocorrência de convulsões e alertar caso se verifiquem	
Se disponível, utilizar EEG contínuo para diagnosticar convulsões eletrográficas e monitorizar os efeitos do tratamento	
Eletrólitos e glicémia	
Monitorizar a glicémia capilar, mantendo valores no intervalo entre 140–180 mg dL ⁻¹ , utilizando perfusão de insulina, se necessário	
Manter eletrólitos dentro dos intervalos dos parâmetros normais, evitando arritmias	

APÊNDICE IV– Plano da Sessão de Formação

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Título da ação de formação: Cuidados Pós-PCR: Uniformização dos cuidados de Enfermagem

Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Distrital

Local: Gabinete de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos do CHD

Formador: Helena Pereira

Público-Alvo: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos

Data: 25/maio/2022

Duração: 60 minutos

OBJETIVOS

Objetivo geral: Que, pelo menos, 50% da equipa de enfermagem adquira conhecimento sobre os cuidados Pós-PCR.

Objetivos específicos:

- Que a equipa de enfermagem compreenda a importância da temática;
- Capacitar os enfermeiros para a prestação de cuidados Pós-PCR;
- Uniformizar intervenções de enfermagem e promover a qualidade dos cuidados;
- Divulgar a Norma de Procedimento sobre cuidados de enfermagem à pessoa Pós-PCR;
- Divulgar a checklist sobre os cuidados de enfermagem pós-reanimação.

CONTEÚDOS

- Introdução;
- Definição de PCR e RCP;
- Cadeia de Sobrevivência;
- Cuidados Pós-PCR e Síndrome Pós-PCR
- Procedimento Cuidados de Enfermagem ao doente Pós-PCR
- Checklist Cuidados Pós-PCR
- Conclusão.

METODOLOGIA

- Método Expositivo

MATERIAIS/RECURSOS

- Computador;
- Projetor;

- Folhas em branco;
- Canetas;
- Instrumento de Avaliação.

TEMPO

- Apresentação da formadora (2 minutos);
- Introdução do tema e contextualização do tema (10 minutos);
- Desenvolvimento (40 minutos);
- Conclusão (8 minutos).

AVALIAÇÃO

- Aplicação de um questionário de avaliação da Sessão de Formação

APÊNDICE V– Projeto de Competências

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

AREA DE ESPECIALIZAÇÃO MEDICO - CIRURGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

- Projeto de aquisição de competências -

Docente:

Prof. Mariana Pereira

Discente:

Helena Pereira nr: 41590

Setúbal, 2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
do Porto



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

AREA DE ESPECIALIZAÇÃO MEDICO - CIRURGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

- Projeto de aquisição de competências -

Setúbal, 2022

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychological Association

ESESJD – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus

OE – Ordem dos Enfermeiros

UC – Unidade Curricular

Índice

1. Introdução	5
2. Descrição e Análise das atividades desenvolvidas	8

1. Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio Final, referente ao ano letivo 2021/2022, do 5º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, sob a orientação da Professora Mariana Pereira e Enfermeira Orientadora Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

O presente estágio tem a duração de 388 horas distribuídas por 18 semanas e realiza-se num Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Distrital, tendo como principal objetivo que o estudante desenvolva a sua prática de cuidados junto de pessoas a vivenciarem situações de urgência e/ou a agudização de situações de doença crítica e/ou falência orgânica, através da mobilização dos conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares que o precedem.

Para a UC Estágio Final foram delineados os seguintes objetivos de aprendizagem a desenvolver pelo estudante, que seguidamente se enumeram: (1) integrar princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; (2) desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento; (3) saber gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; (4) colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações; (5) participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; (6) participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas; (7) demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Os objetivos supramencionados visam a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, através da prestação de cuidados junto da pessoa a vivenciar situações de urgência e/ou a agudização de situações de doença crítica e/ou falência orgânica.

De acordo com a OE, o enfermeiro especialista é o *“enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as*

respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No que concerne às competências comuns do enfermeiro especialista, a OE, refere que estas 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”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745). As competências comuns inserem-se em quatro domínios: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria contínua da Qualidade; Domínio da Gestão dos cuidados e Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

Relativamente às competências específicas, estas são *“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745). Para o Enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, a OE define a existência de três competências. A primeira competência, refere-se à prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363). A segunda competência, refere-se à dinamização da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, sendo que é responsabilidade do enfermeiro especialista a intervenção na conceção dos planos institucionais (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363). No que respeita à terceira competência, esta refere-se à prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, na qual o enfermeiro deve desenvolver um papel ativo, nomeadamente através da conceção de planos de prevenção e controlo de infeção, adaptados à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19364).

As competências anteriormente descritas encontram-se intimamente interligadas e pretende-se com o presente estágio que o estudante as desenvolva.

Segundo a OE, 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 dependem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O local de estágio selecionado, o Serviço de Cuidados Intensivos, revela-se um local privilegiado para o desenvolvimento das competências supramencionadas uma vez que permite a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

No âmbito da UC Estágio Final foi proposto a elaboração de um projeto para aferir a qualidade e pertinência dos objetivos e atividades propostas na aquisição de competências, pelo que o presente trabalho consiste numa reflexão crítica sobre a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e, em especial, às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, sustentada em todos os aportes teóricos e práticos adquiridos durante este percurso. Estruturalmente, o presente trabalho encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo consta da presente introdução na qual são explanados os objetivos do trabalho. Seguidamente, no segundo capítulo, encontra-se a descrição e análise das atividades desenvolvidas no âmbito da aquisição das competências gerais do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

O presente trabalho segue as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA) e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português.

2. Descrição e Análise das atividades desenvolvidas

No presente capítulo constam duas tabelas, sendo que na primeira serão abordadas as competências gerais do enfermeiro especialista e respectivas atividades desenvolvidas no âmbito da sua aquisição e desenvolvimento. No que concerne à segunda tabela, serão abordadas as atividades a desenvolver para aquisição das competências previstas pela OE para o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio visam a aquisição das competências supramencionadas bem como almejar os objetivos propostos e que se enumeram de seguida:

- (1). Integrar princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- (2). Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- (3). Saber gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- (4). Colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- (5). Participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- (6). Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- (7). Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Competências Comuns		
A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal		
Competência	Unidades de competência	Atividades
A1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.	A1.1. - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;	✓ Respeitar o Código Deontológico do Enfermeiro; ✓ Respeitar os princípios éticos; ✓ Mobilizar os conhecimentos adquiridos na UC de Epistemologia, ética e direito em Enfermagem; ✓ Realizar atualização e aquisição de conhecimentos recentes para fundamentar individualmente e em equipa a tomada de decisão; ✓ Conhecer e integrar a equipa multidisciplinar; ✓ Conhecer a metodologia de trabalho do serviço e da enfermeira orientadora; ✓ Participar na tomada de decisões em equipa, promovendo a parceria com o doente; ✓ Refletir sobre as aprendizagens/experiências vivenciadas
	A1.2. - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;	
	A1.3. - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	
A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	A2.1. - Promove a proteção dos direitos humanos;	✓ Respeitar os direitos humanos; ✓ Respeitar os direitos do doente internado; ✓ Respeitar o sigilo profissional; ✓ Promover a defesa da dignidade, privacidade e segurança do doente; ✓ Adquirir conhecimentos sobre os equipamentos do serviço e protocolos de atuação, de forma a garantir a segurança do doente; ✓ Minimizar os riscos inerentes às técnicas invasivas realizadas no serviço, através de uma prática baseada na evidência e cumprindo as normas de segurança; ✓ Avaliar as necessidades do doente, escutando as suas preocupações
	A2.2. – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	

B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade		
B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	B1.1. – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;	✓ Observar e colaborar nas atividades desenvolvidas pela orientadora no domínio da gestão; ✓ Respeitar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como, os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica; ✓ Consultar normas/protocolos/ procedimentos do serviço; ✓ Realizar pesquisa bibliográfica sobre as guidelines diretrizes no âmbito da terapia intensiva; ✓ Colaborar na implementação de normas; ✓ Compreender e colaborar, quando possível, na gestão de recursos e materiais
	B1.2. – Orienta projetos institucionais na área da qualidade.	
B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	B2.1. - Avalia a qualidade das práticas clínicas;	✓ Identificar oportunidades de melhoria contínua dos cuidados prestados; ✓ Incluir conhecimentos da área da qualidade na prestação de cuidados; ✓ Realizar pesquisa e divulgação de conhecimentos científicos atuais com vista à melhoria da qualidade na prestação de cuidados; ✓ Colaborar na conceção e/ou implementação de projetos institucionais na área da qualidade; ✓ Prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência
	B2.2. - Planeia programas de melhoria contínua;	
	B2.3. - Lidera programas de melhoria contínua.	
B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro	B3.1. - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo;	✓ Conhecer o espaço físico e equipamentos existentes de forma a garantir a segurança do doente; ✓ Promover uma relação de confiança, empatia e segurança com o doente e família/cuidador; ✓ Reconhecer e respeitar princípios e valores do doente, prestando

	B3.2. – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou unidades funcionais.	✓ cuidados culturalmente sensíveis; ✓ Informar o doente sobre os procedimentos a realizar; ✓ Realizar ensino sobre hábitos e estilos de vida saudáveis; ✓ Envolvimento da família/cuidador na promoção de um ambiente seguro para o doente; ✓ Identificar situações de risco, real ou potencial, para a pessoa ou profissionais do Serviço; ✓ Implementar medidas que permitam corrigir situações de risco, real ou potencial, para a pessoa ou profissionais do Serviço.
C. Domínio da gestão dos cuidados		
C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	C1.1. - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;	✓ Compreender a dinâmica orgão funcional do serviço; ✓ Integrar a equipa multidisciplinar; ✓ Partilhar conhecimentos e pareceres sobre o processo de cuidados com os elementos da equipa; ✓ Participar nas decisões da equipa, gerindo os recursos disponíveis e otimizando os cuidados; ✓ Prestar cuidados de enfermagem holísticos e com recurso ao Processo de Enfermagem; ✓ Orientação e supervisão de outros profissionais em tarefas delegadas
	C1.2. - Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	
C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	C2.1. - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;	✓ Observar a gestão de recursos humanos e materiais efetuada pela enfermeira orientadora; ✓ Participar em atividades de organização e coordenação da equipa de cuidados; ✓ Adaptar as metodologias de trabalho, selecionando as mais adequadas ao contexto e/ou situação; ✓ Utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis
	C2.2. - Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	
D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais		
D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	D1.1. - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;	✓ Mobilizar e aprofundar conhecimentos e competências múltiplas; ✓ Refletir sobre as atividades realizadas, enaltecendo os aspetos positivos e reconhecendo os aspetos negativos; ✓ Refletir e reconhecer os meus limites pessoais e eventuais dificuldades, adotando as estratégias necessárias para ultrapassar
	D1.2. - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	

		eficazmente e com assertividade as dificuldades percebidas; ✓ Reconhecer antecipadamente eventuais situações de conflito; ✓ Implementar medidas para minimizar situações de conflito; ✓ Utilizar técnicas adequadas para a resolução de conflito.
D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	D2.1. - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;	✓ Colaborar no diagnóstico de necessidades formativas da equipa; ✓ Construção e atualização de um corpo de conhecimentos científicos pessoais, através de métodos de pesquisa adequados; ✓ Adequar a prática à evidência científica mais recente; ✓ Participar em ações de formação, ou outros momentos formativos existentes, quer no Serviço, quer a nível Institucional; ✓ Efetuar pesquisa sobre temáticas nas quais tenha défice de conhecimento, tais como técnicas contínuas de substituição renal e cuidados de enfermagem associados, identificando precocemente temáticas nas quais necessite aprofundar conhecimentos; ✓ Participar de forma proactiva nas diversas oportunidades de aprendizagem procurando, sempre que possível, executar intervenções de enfermagem, de forma a promover o saber fazer; ✓ Demonstrar conhecimentos diferenciados e baseados na evidência acerca do doente crítico; ✓ Analise crítica de situações clínicas, com vista a articulação e integração da base de conhecimentos teóricos, com a prestação de cuidados especializados.
	D2.2. - Suporta a prática clínica em evidência científica;	
	D2.3. - Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	
Competências Específicas do EE em Enfermagem na pessoa em Situação Crítica	Unidades de competência	Atividades
1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	1.1. - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;	✓ Prestar cuidados humanizados e de qualidade à pessoa em situação crítica, antecipando possíveis complicações que impliquem risco de falência respiratória, hemodinâmica e/ou neurológica; ✓ Identificar focos de instabilidade; ✓ Monitorizar parâmetros hemodinâmicos e atuar em conformidade
	1.2 - Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos;	

	1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;	com as alterações; ✓ Realizar uma abordagem de enfermagem sistematizada à pessoa em situação crítica; ✓ Desenvolver a capacidade para realizar vigilância constante, antecipação de problemas, percepção da subjetividade das queixas ou comportamentos dos doentes, reconhecendo a necessidade de intervenções precoces que previnam instalação ou agravamento de algumas situações clínicas, nomeadamente no controlo da dor e da ansiedade dos doentes;
	1.4 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;	✓ Desenvolver a capacidade de interpretar sinais e sintomas de gravidade que os doentes vão mostrando antecipadamente (estado geral, padrão respiratório, nível de consciência, comunicação, subjetividade das queixas dolorosas), definindo prioridades de intervenção;
	1.5 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.	✓ Reconhecer a avaliação da dor como fundamental à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e aplicar instrumentos de avaliação adequados ao doente;
	1.6 – Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	✓ Estabelecer medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor; ✓ Desenvolver competências comunicacionais, recorrendo a técnicas de comunicação adequada e promovendo a diminuição da ansiedade
2. Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.	2.1 – Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe;	✓ Mobilização de conhecimentos adquiridos em UC do mestrado;
	2.2 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;	✓ Adquirir conhecimentos sobre o plano de catástrofe interno; ✓ Salvaguardar condições de segurança;
	2.3 – Planeia resposta à situação de catástrofe;	✓ Adequar cuidados ao doente, vítima de trauma; ✓ Definir prioridades de atuação; ✓ Proporcionar os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas;

	2.4 - Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe;	✓ Garantir a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis; ✓ Diagnosticar precocemente indícios de prática de crime na vítima; ✓ Salvar a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia; ✓ Reconhecer irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes.
	2.5 - Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	
3. 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.	3.1 – Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;	✓ Consultar as normas, procedimentos e protocolos da instituição/serviço sobre prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos; ✓ Adquirir e desenvolver conhecimentos relacionados com a vigilância epidemiológica; ✓ Estabelecer estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos; ✓ Salvar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos; através da prestação de cuidados seguros, minimizando os riscos e utilizando os equipamentos de proteção individual ✓ Atua com base no Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos, tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção; ✓ Utilização de recursos de forma eficiente para prevenir as IACS
	3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	

Referências Bibliográficas

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018). Regulamento nº429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação ~~Perioperatória~~ e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2ª Série, Nº135 (16 julho). P.19362-19364.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2019). Regulamento nº140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª Série, Nº26 (6 fevereiro). P. 4744-4750.

ESESJD (2021) – Planeamento da Unidade Curricular. Departamento de Enfermagem. Disponível:

https://www.moodle.uevora.pt/2122/pluginfile.php/18660/mod_resource/content/3/Ficha%20UC%20Est%C3%A1gio%20Final%20e%20Orient.%20Gerais-5%C2%BAMEnf.pdf

APÊNDICE VI– Resumo do Artigo “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem Pós- Reanimação à Pessoa Vítima de PCR

Uniformização dos Cuidados de Enfermagem Pós-Reanimação à Pessoa Vítima de PCR

Resumo

Enquadramento: A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é uma das ocorrências cardiovasculares de maior prevalência e com morbilidade e mortalidade elevadas. Os cuidados pós-PCR podem contribuir para a redução da mortalidade. Os enfermeiros desempenham um papel fulcral na prestação de cuidados qualificados à pessoa em situação crítica, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. A uniformização dos cuidados de enfermagem, através da elaboração de uma proposta de norma de procedimento e *checklist* de cuidados, permite a adequação dos cuidados após o retorno da circulação espontânea

Objetivo: melhorar a Qualidade e a Segurança dos cuidados de enfermagem pós-reanimação, através da elaboração de uma proposta de procedimento uniformizador dos cuidados.

Metodologia: Projeto de intervenção em serviço assente na metodologia de projeto

Resultados: A identificação e tratamento das causas precipitantes da PCR, a otimização da oxigenação e ventilação, bem como, a otimização hemodinâmica, neurológica e metabólica, configuram-se como os principais cuidados pós-PCR, prestados pelos enfermeiros. Um dos cuidados prioritários após a PCR, consiste no controlo direcionado de temperatura.

Conclusão: a qualidade dos cuidados pós-PCR é, determinante para o aumento da taxa de sobrevivência. Os cuidados pós-reanimação devem ser de conhecimento e domínio do enfermeiro, por forma a que o mesmo possa atuar com qualidade e segurança. A elaboração da proposta de uma norma de procedimento de cuidados de enfermagem pós-PCR, permite uniformizar os cuidados prestados à pessoa após RCE. A *checklist* configura-se como fonte de consulta que irá nortear os cuidados de enfermagem pós-PCR.

Palavras-chave: cuidados pós-reanimação; pessoa em situação crítica; cuidados de enfermagem pós-PCR

Standardization of Post-Resuscitation Nursing Care

Abstract

Background: Cardiopulmonary arrest (CPA) is one of the most prevalent cardiovascular events with high morbidity and mortality. Post-resuscitation care can contribute to the reduction of mortality. Nurses play a key role in providing qualified care to the person in a critical situation, preventing complications and limiting disabilities, with a view to their full recovery. The standardization of nursing care, through the elaboration of a proposal for a rule of procedure and checklist of care, allows the adequacy of care after the return of spontaneous circulation.

Objective: to improve the Quality and Safety of post-resuscitation nursing care, through the elaboration of a proposal for a standardizing procedure for care.

Methodology: Intervention project based on the project methodology.

Results: The identification and treatment of the precipitating causes of CPA, the optimization of oxygenation and ventilation, as well as the hemodynamic, neurological and metabolic optimization, are the main post-resuscitation care provided by nurses. One of the priority care after ROSC is the targeted temperature control.

Conclusion: the quality of post-resuscitation care is crucial for the increase in the survival rate. Post-resuscitation care must be known and mastered by nurses, so that they can act with quality and safety. The elaboration of a proposal for a nursing Post-resuscitation care procedure standard allows standardizing the care provided to the person after ROSC. The checklist is configured as a source of consultation that will guide Post-resuscitation nursing care.

Keywords: post-resuscitation care; critical illness; post-resuscitation nursing care