

**DIFICULDADES PERCECIONADAS PELOS ENFERMEIROS NA
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR INTRA-HOSPITALAR:
UM ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL**

Vânia Daniela Almeida Marques

Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Orientadora – Professora Doutora Ana Rita Veloso Gonçalves

Categoria – Professora Doutora

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

Outubro de 2025

Marques, V. Dificuldades percebidas pelos enfermeiros na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar: um estudo descritivo-correlacional. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

“No meio da dificuldade reside a oportunidade.”

John Archibald Wheeler, 1979

AGRADECIMENTOS

Dedico este espaço a todos aqueles que de alguma forma simplificaram o meu percurso.

Aos meus pais e irmão por serem uma presença constante na minha vida, por acreditarem sempre em mim e por serem o melhor exemplo de resiliência, determinação e trabalho.

À Catarina, à Filipa e à Daniela pela escuta ativa, paciência, palavras sábias e contributo essencial no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus amigos e família pela compreensão nos momentos de ausência.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Rita Gonçalves pela constante disponibilidade, empatia e crítica, sem os quais este percurso não seria possível.

Aos meus tutores, enfermeiros especialistas Olga Mota, Rita Azevedo, Rita Martins e Ricardo Ferreira pelo rigor, profissionalismo, dedicação e partilha que enriqueceram toda esta experiência.

E acima de tudo, um especial agradecimento ao João, o meu companheiro de vida, o meu porto seguro, a leveza no meio do meu caos, pelo apoio incondicional, pelo orgulho em ver-me atingir objetivos, por estar sempre presente e ser o meu pilar em todos os momentos e sucessos. És inigualável e uma verdadeira fonte de inspiração. A ti dedico este trabalho.

A todos, um sincero obrigada.

RESUMO

Enquadramento: Este relatório de estágio surge de um processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas à PSC e da realização de um trabalho de investigação empírico subordinado ao tema “Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar”.

Objetivos: Com o relatório de estágio objetiva-se descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio clínico e examinar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências especializadas na área de enfermagem à PSC. Com o estudo de investigação objetiva-se analisar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros de um hospital do norte do país na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar.

Métodos: No relatório de estágio foi adotada uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva. No estudo de investigação adotou-se uma metodologia de natureza quantitativa, descritiva, correlacional e transversal, no qual foi aplicado um questionário a uma amostra não probabilística de 201 enfermeiros, cujos dados recolhidos foram tratados na análise estatística descritiva e inferencial com recurso ao SPSS versão 26.

Resultados: A aprendizagem prática e baseada em evidência durante o estágio clínico contribuiu para a consolidação de competências especializadas à PSC. Os resultados da investigação empírica indicam que os enfermeiros percecionam níveis de dificuldade baixos a moderados em diferentes dimensões da RCP-IH. As dificuldades percecionadas diferem em função do tempo de experiência profissional ($p=0,029$), do serviço de onde exercem funções ($p<0,001$), da situação profissional ($p=0,019$) e da formação em SAV ($p<0,001$).

Conclusão: As competências especializadas consolidadas contribuem para a autonomia e segurança na prestação cuidados especializados de qualidade à PSC. É fundamental investir na formação em RCP contínua, orientada pelas necessidades e dificuldades dos enfermeiros e ajustadas às suas características profissionais bem como, investir em estratégias de melhoria com foco na otimização da prestação de cuidados em RCP-IH.

Palavras-chave: competência; enfermeiro especialista; enfermeiro; reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar; dificuldades; perceção.

ABSTRACT

Background: This internship report is the result of a process of acquiring and developing specialized skills for people in critical situations and of conducting an empirical research project on the theme “Difficulties perceived by nurses in in-hospital cardiopulmonary resuscitation”.

Objectives: The aim of the internship report is to describe and analyse the activities conducted during the clinical internship and to examine the process of acquiring and developing specialized skills in critical care nursing. The research study aims to analyse the difficulties perceived by nurses at a hospital in the north of the country in in-hospital cardiopulmonary resuscitation.

Methods: The internship report used a descriptive, analytical and reflective methodology. In the research study, a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional methodology was adopted, in which a questionnaire was applied to a non-probabilistic sample of 201 nurses and the data collected was processed using SPSS for descriptive and inferential statistics.

Results: Practical and evidence-based learning during the clinical internship contributed to the consolidation of specialized skills in critical care nursing. The results of the empirical research indicate that nurses perceive low to moderate levels of difficulty in different dimensions of IH-CPR. Perceived difficulties differed according to length of professional experience ($p=0.029$), service in which nurses work ($p<0.001$), nurse’s professional status ($p=0.019$) and ALS training ($p<0.001$).

Conclusion: Consolidated specialized skills contribute to autonomy and safety in providing quality specialized care to critical patients. It is essential to invest in continuous CPR training, guided by the needs and difficulties of nurses and adjusted to their professional characteristics, as well as investing in improvement strategies focused on optimizing the provision of CPR care.

Keywords: competence; specialist nurse; nurse; in-hospital cardiopulmonary resuscitation; difficulties; perception.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- **AHA** - American Heart Association
- **APA** - American Psychological Association
- **AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- **CA** – Cateter Arterial
- **CER** – Conselho Europeu de Ressuscitação
- **CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- **CVC** – Cateter Venoso Central
- **DGS** – Direção-Geral da Saúde
- **DP** – Desvio padrão
- **DRN** – Delegação Regional Norte
- **EE** – Enfermeiro Especialista
- **EEEMC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- **EEMI** – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar
- **Enf.** – Enfermeiro
- **Enf.^a** – Enfermeira
- **EPDAPI** – Escala de Perceção das Dificuldades na Assistência à Paragem Cardiorrespiratória Intra-hospitalar
- **Et al.** - e outros
- **IACS** – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
- **INEM** - Instituto Nacional de Emergência Médica
- **IRD** - Instrumento de Recolha de Dados
- **M** – Média
- ***p*** – Nível de Significância Estatística
- **PBCI** – Precauções Básicas de Controlo de Infecção
- **PBE** – Prática Baseada em Evidência
- **PCR** - Paragem Cardiorrespiratória
- **PCR-EH** – Paragem Cardiorrespiratória Extra-hospitalar
- **PCR-IH** - Paragem Cardiorrespiratória Intra-hospitalar
- **PDVT** – Precauções Dependentes das Vias de Transmissão

- **PMCQ** – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade
- **PNSD** – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
- **PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
- **PSC** – Pessoa em Situação Crítica
- **RCE** - Retorno da Circulação Espontânea
- **RCP** – Reanimação Cardiopulmonar
- **RCP-IH** – Reanimação Cardiopulmonar Intra-hospitalar
- **SAV** - Suporte Avançado de Vida
- **SIV** – Suporte Imediato de Vida
- **SMI** – Serviço de Medicina Intensiva
- **SU** – Serviço de Urgência
- **ULS** – Unidade Local de Saúde
- **ULSAAVE** – Unidade Local de Saúde do Alto Ave
- **VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
- **VV-AVC** – Via Verde de Acidente Vascular Cerebral

ÍNDICE

Introdução.....	1
Parte I – Relatório de Estágio: Prática Especializada em Enfermagem	4
1. Caracterização dos contextos de estágio	5
1.1 Pré-hospitalar: SIV Fafe/ VMER Guimarães	7
1.2 Serviço de Medicina Intensiva	9
1.3 Serviço de Urgência.....	12
2. Desenvolvimento de competências	16
2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	16
2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.....	31
Parte II – Prática Especializada Baseada na Evidência: Estudo de Investigação.....	43
1. Contextualização do Estudo	44
2. Estado da Arte	45
3. Metodologia.....	55
4. Resultados.....	60
5. Discussão	70
6. Conclusões do Estudo.....	77
Síntese Conclusiva do Relatório.....	78
Referências	79
Apêndices	91
Anexos	117

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Contextos de estágio.....	5
Quadro 2: Objetivos de estágio.	6
Quadro 3: Dimensões da EPDAPI e respectivos construtos subjacentes.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Cadeia de sobrevivência intra-hospitalar.....	46
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes deste estudo...	60
Tabela 2: Fatores da EPDAPI e alfa de Cronbach obtidos neste estudo.	62
Tabela 3: Mediana, média e desvio padrão para os fatores e valor total da escala EPDAPI.	63
Tabela 4: Resultados dos testes comparação das dificuldades percebidas na RCP-IH quanto ao tempo de experiência profissional.	64
Tabela 5: Resultados dos testes comparação das dificuldades percebidas na RCP-IH quanto ao serviço onde exercem funções.	66
Tabela 6: Resultados dos testes comparação das dificuldades percebidas na RCP-IH quanto à situação profissional.....	68
Tabela 7: Resultados dos testes comparação das dificuldades percebidas na RCP-IH quanto à formação em SAV.....	69

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem adquirido uma crescente diferenciação enquanto disciplina, pois evolui com corpo científico próprio e autónomo que contribui para um maior reconhecimento e atribuição de responsabilidades mais complexas aos enfermeiros. Enquanto profissão, tem evoluído no sentido de dar respostas a cuidados de saúde cada vez mais exigentes, potenciando a intervenção do Enfermeiro (Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho). A Ordem dos Enfermeiros acrescenta que a exigência técnica e científica dos cuidados atuais, não só valoriza os cuidados de enfermagem na prática clínica como justifica a necessidade de especialização dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) é aquela que se encontra em falência ou risco de falência das suas funções vitais pelo que a sua sobrevivência depende de medidas de vigilância, monitorização e terapêutica avançadas (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Como enfermeira considero o cuidado ao doente crítico como desafiador e exigente pelo que a especialização na área da PSC se tornou um objetivo pessoal e profissional.

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Opção II: Estágio II”, que integra o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico na área da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. O estágio de componente clínica contemplou três contextos fundamentais ao atendimento e tratamento de pessoas em situação crítica: Pré-Hospitalar, Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Serviço de Urgência (SU). O estágio decorreu no período de maio de 2024 a fevereiro de 2025, num total de 750 horas e teve como principal objetivo o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), com foco nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

O desenvolvimento da componente prática nos processos formativos conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista e do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, culmina com a elaboração e defesa pública do relatório de estágio que se constitui, simultaneamente, como instrumento de

avaliação do processo de aquisição e desenvolvimento de competências e como momento crítico-reflexivo de análise criteriosa de todo o processo e que implica estudo, investigação, assimilação de conceitos e aprendizagens e capacidade argumentativa (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Para a redação deste relatório, foram definidos os objetivos seguintes:

- a) descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio;
- b) examinar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, de forma crítica;
- c) elaborar um estudo de investigação na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Transversal a todos os contextos clínicos, os enfermeiros deparam-se com situações emergentes, sendo a situação de paragem cardiopulmonar (PCR) a mais grave e prioritária (Santos et al., 2023), que implica uma resposta complexa, coordenada, segura e imediata (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023). Contudo, este nível de resposta nem sempre é atingido pelos profissionais de saúde que se defrontam com diversas dificuldades para a sua efetivação. As dificuldades que limitam uma resposta segura e de qualidade às vítimas de PCR, configuram-se como um objeto de estudo pertinente e oportuno no panorama atual dos cuidados prestados à PSC.

Mediante o exposto, com o intuito de contribuir para uma prática de enfermagem especializada baseada em evidência científica, foi desenvolvido um estudo empírico de natureza quantitativa, descritiva, correlacional, transversal, subordinado ao tema “Dificuldades percebidas pelos enfermeiros na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar”. Este tema surge de uma inquietação pessoal e de uma preocupação perante a realidade vivida pelos enfermeiros na sua prática profissional.

O presente documento encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo relativo ao relatório de estágio que inicia com a apresentação dos objetivos gerais definidos para o estágio e os objetivos específicos a cada contexto. De seguida é feita uma caracterização dos contextos onde o estágio foi realizado e posteriormente a análise crítico-

reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE e específicas do EEEMC na área da PSC, com destaque para as atividades desenvolvidas. O segundo capítulo é dedicado ao estudo de investigação, começando com a sua contextualização, seguido do enquadramento teórico, estruturado de forma a explorar o estado da arte sobre a temática em estudo. Posteriormente, é descrita, de forma detalhada, a metodologia utilizada para a sua realização, seguida da apresentação e discussão dos resultados bem como das implicações para a prática e limitações à sua realização. Por fim, é apresentada a síntese conclusiva do estudo de investigação e do relatório. Esta estrutura reflete uma abordagem coerente e integrada dos objetivos propostos na unidade curricular.

O relatório foi redigido de acordo com as normas estabelecidas na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para a elaboração de trabalhos e as referências bibliográficas seguem as diretrizes da 7^a edição da *American Psychological Association* (APA).

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Competência profissional implica conhecimento, autonomia, criatividade, destreza e capacidade de solucionar problemas no ambiente laboral do profissional (Gonçalves, 2021). A aprendizagem prática e baseada na evidência científica permite aos enfermeiros desenvolver competências na sua área de atuação até ao nível de perito, pois através dela os profissionais aprendem a focar e priorizar determinada situação (Benner, 2001).

Durante o processo de aquisição de competências, o estágio em contexto profissional com respetiva elaboração de relatório, é a modalidade que melhor viabiliza o atingimento dos objetivos de aprendizagem, consolidação de conhecimentos e aquisição de competências de prática especializada sendo considerado um elemento central no processo de transição do enfermeiro a enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Os contextos de estágio selecionados, além de atenderem às indicações da Ordem dos Enfermeiros na vertente do cuidado à PSC, permitem obter uma visão ampla e cronológica do seu atendimento, desde o pré-hospitalar, passando pela assistência no SU e culminando no SMI para o tratamento diferenciado e definitivo. A opção pelos locais onde foram realizados os estágios prendeu-se na referência pela inovação e qualidade dos cuidados prestados.

Quadro 1:
Contextos de estágio.

Local de estágio	Período de estágio	Orientação
Pré-hospitalar (Ambulância de Suporte Imediato de Vida - Fafe/Viatura de Emergência Médica e Reanimação-Guimarães)	2024.05.07 a 2024.07.20 (250h)	Enf ^a Olga Mota
Serviço de Medicina Intensiva (Unidade Local de Saúde de Braga (ULS Braga))	2024.09.16 a 2024.11.22 (250h)	Enf ^a Rita Azevedo Enf ^a Rita Martins
Serviço de Urgência (Unidade Local de Saúde do Alto Ave (ULSAAVE))	2024.11.25 a 2025.02.14 (250h)	Enf. Ricardo Ferreira

Fonte: elaboração própria.

A construção de um percurso formativo coeso requer objetivo, dedicação e esforço. Por forma a maximizar a aquisição de competências, defini objetivos gerais ao estágio de componente clínica e específicos para cada contexto onde o estágio foi realizado.

Quadro 2:
Objetivos de estágio.

Objetivos gerais	
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver o autoconhecimento, assertividade e pensamento crítico; • Desenvolver a práxis profissional especializada, fundamentada na <i>legis artis</i> e em evidência científica; • Desenvolver as competências para atuar de forma eficaz perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. 	
Contexto de Estágio	Objetivos específicos
Pré-hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber a dinâmica da prestação de cuidados em contexto pré-hospitalar; • Colaborar na gestão do risco; • Promover o controlo de infeção.
Serviço de Medicina Intensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Participar nas formações em serviço; • Desenvolver competências comunicacionais com a PSC e família; • Desenvolver competências na área dos cuidados intensivos, no cuidado à PSC; • Adequar a resposta em matéria de prevenção de infeção e resistência antimicrobiana à PSC.
Serviço de Urgência	<ul style="list-style-type: none"> • Participar em projetos de melhoria contínua da qualidade; • Participar nas formações em serviço; • Participar na gestão do serviço de urgência; • Realizar cuidados complexos à PSC.

Fonte: elaboração própria.

Neste subcapítulo, será efetuada uma caracterização dos contextos onde o estágio foi realizado.

1.1 PRÉ-HOSPITALAR: AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA (SIV) DE FAFE/ VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO (VMER) DE GUIMARÃES

O pré-hospitalar (ambulância SIV e VMER de Guimarães) foi o campo de estágio que escolhi dentro dos contextos clínicos de regime opcional. A opção por este campo de estágio prendeu-se na curiosidade sobre o funcionamento do atendimento pré-hospitalar aliado à oportunidade de poder prestar cuidados na área do trauma, somando esta experiência à minha vida profissional.

O Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal resulta da participação coordenada e dinâmica de diferentes entidades e profissionais do sistema nacional de saúde que visam dar uma resposta adequada e atempada a vítimas de trauma e/ou doença súbita (Magalhães, 2021; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2024). A tipologia do meio de intervenção pré-hospitalar é ativada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) que ajusta os meios disponíveis à gravidade das vítimas (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023a).

Para a garantia de uma resposta integrada e equitativa a toda a população, o CODU do Instituto Nacional de Emergência Médico (INEM) dispõe da complementaridade de diferentes meios de intervenção que são triados e acionados de acordo com prioridades que se constituem como critérios de ativação: prioridade 1 - vítima emergente, prioridade 3 - vítima urgente e outras prioridades cujas ocorrências que não implicam o envio de meios de emergência médica (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023a).

Estrutura física e materiais

A ambulância SIV de Fafe pertence à área de influência da Delegação Regional Norte (DRN), encontra-se localizada no Hospital São José de Fafe e é considerada um meio SIV independente.

A sede do meio de emergência pré-hospitalar de suporte imediato de vida apresenta uma sala de trabalho, um armazém de materiais, espaço para refeição, uma casa de banho, uma área de descanso e um abrigo para a ambulância.

A célula sanitária da ambulância contém fármacos e materiais adequados a situações de suporte imediato de vida acondicionados em gavetas e/ ou malas adequadas para o efeito. Inclui ainda, uma maca para transporte de doentes, *kit* de triagem de catástrofe, monitor desfibrilhador, aspirador de secreções, garrafa de oxigénio, seringa perfusora, equipamento para imobilização de vítima de trauma, bancada de trabalho, bancada com torneira de higiene, frigorífico, aquecedor de soros e equipamento de proteção individual.

A VMER de Guimarães também pertencente à área de influência da DRN, encontra-se sediada no Hospital Senhora de Oliveira da ULSSAAVE, integrada no SU Médico-Cirúrgico de forma a potenciar sinergias e possibilitar uma gestão otimizada e rentável de recursos.

A sede do meio de emergência pré-hospitalar de suporte avançado de vida apresenta uma sala de trabalho, um armazém de material e fármacos para reposição das malas da VMER, com capacidade de armazenamento frio, uma área de sujios, uma casa de banho, duas áreas de descanso e um abrigo para a viatura.

A VMER, à semelhança da SIV, comporta fármacos e materiais adequados a situações de Suporte Avançado de Vida (SAV) e trauma que se encontram acondicionados na viatura em malas adequadas e preparadas para o efeito. No interior da viatura encontra-se também, monitor desfibrilhador, *kit* de triagem de catástrofe, compressor torácico mecânico, frigorífico, garrafa de oxigénio, aquecedor de soros, aspirador de secreções, seringa perfusora e equipamento de proteção individual.

Recursos humanos:

A equipa SIV que é composta por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar disponíveis todos os turnos da manhã, tarde e noite. O mesmo se verifica na VMER que apresenta uma equipa composta por um enfermeiro e um médico igualmente disponíveis durante 24h/7 dias por semana. Ambos adotam uma metodologia de trabalho em equipa, que de acordo com Ventura-Silva e colaboradores (2021), se caracteriza pela prestação de cuidados integrada ao doente/ vítima através da coordenação de um líder que garante o aproveitamento e rentabilização das capacidades de cada profissional bem como da equipa.

O enfermeiro é o único profissional de saúde que integra todos os meios diferenciados de intervenção pré-hospitalar. As ambulâncias SIV podem ser um meio desafiante, onde o enfermeiro assume o papel de líder de equipa e como tal tem uma participação mais autónoma, exigente e de responsabilidade pelos cuidados avançados de vida (Camelo, 2022).

Registos e recolha de dados:

A tecnologia e os equipamentos de comunicação específicos e apropriados ao contexto de emergência pré-hospitalar, permitem estabelecer uma comunicação entre a equipa pré-hospitalar e o CODU na transferência efetiva de informação pertinente e precisa, sobre a situação.

O processo de atuação é documentado na plataforma de registos do INEM – *INEM Tool for Emergency Alert Medical System* (“i-TEAMS”). Contudo, os registos de enfermagem no pré-hospitalar são redutores e pouco representativos da realidade. O INEM tem à disposição o Programa de Gestão Ambiental Escolar (“PGAE”) que é uma plataforma que permite aos alunos efetuar o registo de assiduidades, o registo das ocorrências bem como o relatório das mesmas.

Projetos de melhoria em vigor:

As informações transmitidas pelas vítimas ou populares ao CODU, em diversas situações, não correspondem à realidade dos factos que se observam, correspondendo, por vezes, a situações de maior ou menor gravidade que as descritas nas triagens, o que a meu ver, traduz a iliteracia em saúde da população. Neste contexto, a equipa SIV de Fafe encontra-se a desenvolver um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados com o objetivo de criar uma metodologia que se constitua como um recurso essencial de suporte e uniformização de situações que careçam de ensinamentos para a saúde do doente/vítima e família e consequente documentação dessa informação na plataforma de registos “i-TEAMS”.

1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Os Serviços de Medicina Intensiva ou Unidades de Cuidados Intensivos são locais diferenciados e qualificados para se responsabilizar pelos cuidados à pessoa em situação

crítica pela prevenção de complicações, suporte e reversão de falências que apresentem implicações vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Rua, 2020).

Estes doentes dão entrada no serviço, com acompanhamento médico e de enfermagem, provenientes do serviço de urgência/sala de emergência, bloco operatório ou de outros serviços hospitalares por agravamento da sua condição clínica (Rua, 2020). Para facilitar a articulação entre os serviços e uma rápida e eficaz prestação de cuidados a estes doentes, o SMI polivalente de Braga está incluído no polo tecnológico do hospital do qual fazem também parte os serviços de urgência e imagiologia, serviços com os quais o SMI estabelece uma importante articulação.

Durante os 10 primeiros meses do ano de 2024 foram atendidos no SMI de Braga, de acordo com dados divulgados pelo diretor clínico do serviço, mais de 1370 doentes dos quais, 193 vítimas de trauma, 238 neurocríticos e 18 em suporte para doação de órgãos.

Estrutura física e materiais:

O SMI da Unidade Local de Saúde (ULS) de Braga dispõe, atualmente, de 18 unidades de nível II (das quais 2 de isolamento com disponibilidade de pressão positiva e negativa) e 14 unidades de nível III (das quais 4 de isolamento com disponibilidade de pressão positiva e negativa), com uma taxa de ocupação de cerca de 83% em 2024, conforme informação fornecida pelo diretor clínico do SMI.

- **Área assistencial:**

Cada unidade de nível III encontra-se equipada com cama articulada, carro de apoio, mesa de apoio que inclui aspirador de secreções e rampas de oxigénio, ar e de sistema vácuo, monitor, ventiladores (invasivos e não invasivos), contentores individualizados de lixos e bancada de trabalho com computador para a realização de registos.

A área de trabalho é ampla para permitir a visualização de todas as unidades. Esta área inclui zona de enfermagem para preparação de fármacos com *stock* de soros, alimentação entérica e farmácia com sistema automático de dispensa de medicamentos. Ainda nesta área encontramos bancadas de trabalho para realização de registos, carro de

emergência com o monitor desfibrilhador, salas de equipamentos (ventiladores de reserva e material de transporte).

O nível II difere apenas pela presença de uma sala de banho assistido e pela ausência de ventilador invasivo nas unidades dos doentes e de um sistema automático de dispensa de medicamentos, existindo *stock* de fármacos sem recurso a este método de armazenamento e distribuição.

- Áreas de apoio:

Externos à área assistencial existem gabinetes médicos, gabinete do enfermeiro gestor, sala para os grupos de trabalho poderem reunir e trabalhar as suas diferentes funções e ainda sala de espera para os familiares e sala destinada à transmissão de más notícias de forma privada e cómoda.

- Áreas de armazenamento:

Externas ao espaço físico assistencial existem também, uma sala de equipamentos e consumíveis para tratamento de substituição da função renal e salas de armazenamento de material necessário à prestação de cuidados. A área de sujios, onde são acondicionados e recolhidos os sujios e os lixos cumpre um circuito próprio e independente do circuito limpo.

- Áreas de lazer ou pausa:

O SMI inclui ainda duas copas onde os profissionais podem realizar as refeições e dois vestuários comuns à equipa médica, de enfermagem e técnicos auxiliares de saúde.

Registos e recolha de dados:

Relativamente aos registos e recolha de dados no SMI, durante o estágio foi realizada a transição para o programa informático “Patient Care”, que veio substituir o anterior.

Recursos humanos:

O SMI apresenta uma equipa multidisciplinar disponível 24h/ dia composta por enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de tratamento (fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos), assistentes sociais e técnicos administrativos.

O SMI da ULS Braga cumpre os rácios de dotações seguras preconizados no (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro) e organiza os recursos humanos da área de enfermagem por equipas cujo responsável é, por norma, um EEEMC.

Os enfermeiros do serviço em questão, encontram-se divididos por grupos de trabalho responsáveis por desenvolver trabalhos de investigação, projetos de melhoria contínua, formação, elaboração de documentos que suportem a sua atividade bem como a elaboração e implementação de instruções de trabalho e consultoria à restante equipa nas suas diferentes áreas de atuação e de acordo com a finalidade desse mesmo grupo de trabalho.

A equipa de enfermagem do SMI adota uma metodologia de trabalho individual, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade de todo o processo de cuidados e personaliza o atendimento ao doente/ família, o que exige mais responsabilidade e conhecimento e garante a continuidade e a qualidade nos cuidados prestados. Contudo, em situações emergentes, adota uma metodologia de trabalho em equipa para garantir simultaneamente a prestação de cuidados de qualidade e seguros e o bom funcionamento do serviço.

1.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de urgência (SU) é um serviço multiprofissional e multidisciplinar onde se prestam cuidados de saúde a doentes em situações definidas como urgentes e emergentes (Machado, 2021). Estes dão entrada pelos próprios meios, acompanhados pelos profissionais do INEM, pelos bombeiros e podem ainda ser admitidos por referência de outros contextos de prestação de cuidados de saúde, e como um local de tratamento de doentes urgentes e emergentes que é, deve garantir respostas alternativas para a procura assistencial que não se integra na missão prioritária deste tipo de serviço (Ministério da Saúde, 2024).

De acordo com a sua capacidade de resposta e de recursos, o SU da ULAAVE é classificado como nível dois de acolhimento, estabilização e tratamento de situações de urgência/emergência servindo-se como apoio diferenciado ao serviço de urgência básico e referenciando para o serviço de urgência polivalente situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades inexistentes neste serviço de urgência médico-cirúrgico (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A organização e circuito dos doentes encontra-se bem definida e obedece às prioridades clínicas estabelecidas consoante a gravidade da doença. O método de triagem de Manchester praticado no SU não fornece um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada nos problemas identificados (Grupo Português de Triagem, 2025).

De acordo com dados obtidos junto do enfermeiro gestor, durante o ano de 2024 foram atendidos no SU da ULSAAVE 151767 episódios de urgência. Destes, 72,97% apresentavam como prioridade de atendimento – Emergente / Muito Urgente / Urgente – e 27,03% englobavam – Pouco Urgente / Não Urgente / Outros Casos / Sem Triagem.

No SU existem atualmente em funcionamento três vias verdes: Via Verde de Coronária, Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (VV-AVC) e Via Verde de Trauma e cada uma obedece a critérios de ativação e permitem aos doentes um atendimento atempado para reduzir a morbilidade e/ou mortalidade em situações clínicas sensíveis ao tempo (Grupo Português de Triagem, 2021).

Estrutura Física e materiais:

- Áreas clínicas funcionais:
 - ✓ 3 Postos de triagem: 2 postos de triagem de adultos e 1 posto de triagem pediátrica;
 - ✓ Área pediátrica;
 - ✓ Sala de Emergência/ Reanimação com unidades equipada para assistir 3 pessoas em simultâneo, inclusive doente pediátrico, e com equipamento necessário à resposta da equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI) e ao transporte inter-hospitalar;
 - ✓ Sala dos cadeirões - área clínica destinada ao atendimento de prioridades amarela, verde e azul de pessoas que deambulam ou se encontram em cadeira de rodas que inclui sala de enfermagem e dois gabinetes médicos;
 - ✓ Área destinada ao atendimento de pessoas com sintomatologia respiratória;
 - ✓ Área laranja de Medicina Interna que inclui sala de enfermagem e dois gabinetes médicos;
 - ✓ Unidade decisão clínica com 6 unidades equipadas para monitorização e vigilância temporária de doentes de diversos foros;
 - ✓ Área de observação com 7 unidades e 1 quarto de isolamento, que permitem a monitorização e vigilância contínua de doentes instáveis e equipada com material de SAV;

✓ Sala das macas - área clínica destinada ao atendimento de pessoas com prioridade amarela e verde que se encontrem em maca, que inclui sala de enfermagem, dois gabinetes médicos e um gabinete para técnicos de eletrocardiografia;

✓ Área Cirúrgica/ Ortopedia para atendimento de pessoas com necessidade de avaliação por Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular ou Ortopedia que inclui uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos com capacidade para assistir duas pessoas simultaneamente e três gabinetes médicos;

✓ Sala de trauma equipada para assistir até 2 pessoas em simultâneo;

- Áreas clínicas de complementaridade do SU (externas ao espaço físico do SU):

Bloco operatório, área de ginecologia e obstetrícia, áreas das especialidades não residentes, imagiologia, imuno-hemoterapia e patologia clínica.

- Estruturas de apoio:

Recepção/ secretaria com equipamentos de comunicação, sala de espera de utentes e familiares, sala de estacionamento de macas que inclui armário de catástrofe e área de triagem extra, armazém avançado de consumíveis, sala de banho assistido, gabinete do enfermeiro gestor, sala de equipamentos, copa, casas de banho para profissionais, casas de banho para utentes/familiares e sala de sujos.

No SU existem quatro *Athos™ Dosys* – Sistema Automático de Dispensa de Medicamentos, disponíveis na área médica, sala de macas, sala de cadeirões e na área de observação.

Este serviço apresenta estreita relação com os serviços que o rodeiam e o seu bom funcionamento depende do bom funcionamento desses serviços.

Recursos humanos:

Aquando da realização do estágio, a equipa de enfermagem era constituída por 108 enfermeiros, organizados em 5 equipas que prestam cuidados em turnos rotativos durante 24h. Cada equipa conta com um responsável que assume funções de gestão dos cuidados, dos recursos humanos, dos recursos materiais, de camas do hospital e colabora na prestação de cuidados nas diversas áreas, sobretudo na sala de emergência e sala de trauma.

O plano de trabalho dos enfermeiros assim como a sua distribuição pelas diversas áreas, é realizado semanalmente. Em cada dia de trabalho estão previstos 18 enfermeiros para o turno da manhã, 18 enfermeiros para o turno da tarde e 16 enfermeiros para o turno da noite. O SU inicia o dia de trabalho com uma reunião para transmissão de informações pertinentes moderada pelo enfermeiro gestor.

A equipa de enfermagem do SU adota uma metodologia de trabalho em equipa como resposta a situações emergentes, contudo, segue, de forma genérica, uma metodologia de trabalho funcional onde os cuidados são organizados de forma a dar resposta a um elevado número de intervenções num curto período. Esta metodologia por um lado, é fulcral ao bom funcionamento do serviço quando há uma elevada carga de trabalho, justificada pela elevada afluência de doentes, por outro, dificulta a prestação de cuidados individualizados e personalizados ao doente.

Ressalvo que, o facto de os enfermeiros serem distribuídos pelas diferentes áreas, além de se constituir como estratégia para rentabilizar os recursos humanos, é uma estratégia potenciadora do espírito de equipa pois os enfermeiros deixam de ter apenas uma visão fragmentária por área de trabalho e passa a ter uma visão global do SU.

Registos e recolha de dados:

Os sistemas de informação disponíveis no SU para registo da atividade de enfermagem com diferentes finalidades são as seguintes: “SClínico Hospitalar”, Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (“GHAF”), “Clinidata”, “Single Sign-On”, Mapa Geral de Camas, Portal Interno e a plataforma informática “HER+”.

Projeto de melhoria em vigor:

O SU da ULSAAVE encontrava-se em processo de acreditação da idoneidade formativa do contexto da prática clínica de enfermagem.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A enfermagem tem adquirido uma crescente diferenciação enquanto disciplina e profissão, moldada pelo compromisso de cuidar. Enquanto disciplina, evolui como uma ciência com corpo científico próprio e autónomo que contribui para um maior reconhecimento e atribuição de responsabilidades mais complexas aos enfermeiros e, enquanto profissão, tem evoluído no sentido de dar respostas a cuidados de saúde cada vez mais exigentes potenciando tanto a intervenção autónoma do Enfermeiro como a intervenção interdependente no seio de uma equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho).

A Ordem do Enfermeiros acrescenta que, a exigência técnica e científica dos cuidados atuais, não só valoriza os cuidados de enfermagem na prática clínica como justifica a necessidade de especialização dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), e conceptualiza desta forma que, o enfermeiro especialista é “aquele que detém 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2017a, p. 1).

Para adquirir este nível de resposta especializada às exigências dos cuidados atuais na prestação de cuidados holística e de qualidade ao doente, fundamento a minha prática nos referenciais teóricos da disciplina de enfermagem associado aos referenciais teóricos da profissão de enfermagem, dos quais saliento, o código deontológico, os padrões de qualidade para a prática especializada da área da pessoa em situação crítica, o regulamento do exercício para a prática de enfermagem e os regulamentos de competências comuns e específicas do EE na área da pessoa em situação crítica.

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de domínios de competências, as designadas competências comuns, a saber: **responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados** e por último, o **desenvolvimento das aprendizagens**

profissionais (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), que serão apresentadas de seguida, de forma reflexiva, no contexto do meu processo de aquisição de competências especializadas.

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal tem como propósito a prática de cuidados que promovam o respeito pela dignidade humana e a avaliação sistemática de melhores práticas assentes em conhecimento ético-deontológico (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

A ética em saúde emerge da necessidade de ajustar a tomada de decisão aos dilemas e questões éticos identificados na prática clínica. Esta tomada de decisão deve respeitar igualmente os valores éticos e morais dos enfermeiros, a vontade e os direitos do doente e o regulamento da profissão (Haddad & Geiger, 2023). O Código Deontológico dos Enfermeiros surge com esse propósito e nomeia como princípios orientadores da atividade de enfermagem o respeito pela dignidade das pessoas alvo da prestação de cuidados, a responsabilidade assumida perante a sociedade e a excelência do exercício profissional tendo por base a igualdade, a justiça, a liberdade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Ao longo da minha vida profissional, enquanto enfermeira e agora, enquanto mestranda, as questões éticas estão sempre presentes na minha prática diária. Inevitável e transversalmente aos diferentes contextos de prática clínica, identifiquei e identifico situações, em que a prestação de cuidados pode, de alguma forma, comprometer os direitos humanos, sejam dilemas bioéticos relacionados, por exemplo, com a obstinação e futilidade terapêutica, decisão de não reanimar, doação de órgãos e tecidos ou investigação em saúde ou então questões éticas que envolvam a equipa prestadora de cuidados, a informação envolvida na prestação de cuidados e tomada de decisão em enfermagem.

A dignidade humana assume-se como um princípio fundamental dos direitos humanos e adquire particular importância em situação de doença, entendendo-se como pressuposto fundamental de toda a intervenção do enfermeiro (Franco et al., 2021). A dignidade humana é ainda o pilar que suporta os princípios bioéticos: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência (Rodrigues et al. 2021).

Estes princípios versam sobre o direito do doente à autodeterminação, confidencialidade, privacidade e de receber cuidados de saúde adequados e de qualidade que devem ser prestados humanamente, com prontidão ou num período considerado clinicamente aceitável (Entidade Reguladora da Saúde, 2025).

Assim, por um lado, “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2017b, p. 2). Por outro lado, o enfermeiro, na sua prática profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, e atua com a dignidade e autonomia técnico-científica que a profissão exige (Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho). Contudo, a responsabilidade e autonomia de praticar o ato de enfermagem com respeito pela profissão não podem comprometer o princípio da autonomia e o direito à autodeterminação do doente, isto é, do seu direito à escolha e decisão no contexto dos cuidados que lhe são prestados.

Com base nestas premissas, e atendendo que o exercício da autonomia está intimamente relacionado à informação prévia, nos diferentes contextos de prática clínica tive a preocupação de estabelecer uma relação de parceria com o doente/família em cada circunstância, através da prestação e adequação da informação acerca de todos os procedimentos, técnicas e cuidados de enfermagem a serem realizados, uma vez que considero ser uma prática que simultaneamente, tranquiliza o doente e a família na sua integração no processo terapêutico (Mar et al., 2020; Rodrigues et al. 2021) e que assume importante relevância no processo de tomada de decisão do doente, que a meu ver, não pode nem deve ser uma imposição ou o resultado de uma decisão precipitada, mas livre e informada para suportar o consentimento ou recusa.

Em contexto de emergência, em situações em que o doente, pelo seu estado clínico, se encontra incapaz de expressar a sua vontade e/ou num ambiente de emergência onde a prioridade é uma rápida prestação de cuidados, respeitar os princípios bioéticos torna-se um desafio para o profissional de saúde que atua sempre em função do melhor benefício para o doente. Neste contexto, num limite prospetivo do exercício da autonomia do doente, na minha prática clínica, faço uso da diretiva antecipada de vontade deste, como garantia da sua vontade, do seus valores, costumes e crenças espirituais que devem ser respeitados

mesmo que essa decisão colida com as opiniões da equipa prestadora de cuidados (Entidade Reguladora da Saúde, 2025). Porém, na ausência de diretiva antecipada de vontade, quando a relação risco/benefício é desequilibrada e excessivamente penosa para o doente, o princípio da não maleficência deve sobrepor-se ao princípio da beneficência (Oliveira et al., 2022).

Numa altura em que experienciamos uma prestação de cuidados cada vez mais técnica, invasiva e complexa, e mais especificamente no cuidado ao doente crítico, cujos desfechos são muitas vezes imprevisíveis e/ou insatisfatórios, acredito então que a tomada de decisão do profissional deve ser sempre fundamentada em evidência científica, tida no melhor interesse do doente e respeitando a vontade deste.

Na prática diária, o enfermeiro pode ainda confrontar-se com barreiras ao direito do doente à privacidade, mas o recurso a estratégias de resposta como o uso de biombo, cortinas ou a seleção de locais apropriados para a transmissão de informações ou prestação de cuidados, foram tidos como uma obrigatoriedade. Numa outra perspetiva de privacidade do doente, em especial em situações de emergência, e principalmente no pré-hospitalar e no serviço de urgência que são serviços marcados por grande afluência e cuja prestação de cuidados pode ter de ser realizada sobre o olhar atento de familiares e/ou terceiros, externos aos cuidados, sempre que pertinente, optou-se por pedir aos presentes para saírem do local da ocorrência ou por resguardar o doente, por exemplo, na célula sanitária da ambulância com objetivo de atuação num espaço com privacidade. Ciente de que esta escolha, possa ser, por um lado, causadora de angústia por parte dos familiares e amigos, compreendi que por outro, potencia um sentimento de segurança na equipa que é fulcral à prestação de cuidados urgentes e emergentes.

Face a todas estas questões que se prendem com a salvaguarda dos direitos dos doentes, durante o estágio, ponderei sempre o que devo fazer frente ao que posso fazer, prestei cuidados e desenvolvi atividades com respeito pelos princípios bioéticos fundamentais e pelos princípios da igualdade, não discriminação e individualidade. Princípios que consolidei e que são transversais à minha prática enquanto enfermeira e pautei o meu agir profissional e académico não apenas em evidência científica, mas também com responsabilidade social e ética para tomar decisões fundamentadas e de acordo com o regulamento e deontologia que sustentam a profissão de enfermagem para garantir a

segurança dos cuidados em todas as dimensões, reduzir incertezas e eleger a resposta mais adequada e individualizada ao doente/família e evidenciar, desta forma, a qualidade da prática especializada.

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Cuidados de saúde de qualidade são cuidados equitativos, seguros, oportunos e integrados, prestados com base em evidência científica, centrados na pessoa e que maximizem o benefício de recursos disponíveis (Organização Mundial de Saúde, 2020), culminando num alto grau de satisfação para o doente (Rocha, 2020).

Como referido previamente, o doente tem direito a cuidados de saúde adequados e de qualidade (Entidade Reguladora da Saúde, 2025). Para que tal seja cumprido, os enfermeiros especialistas na área da pessoa em situação crítica regem o seu cuidar pelos regulamentos de competências comuns e específicos da sua área de atuação associados aos padrões de qualidade dos cuidados especializados à PSC. Estes padrões proporcionam uma base uniforme para a prática da profissão, permitem a identificação de áreas de melhoria e eventual melhoria contínua da qualidade dos cuidados, reforçando o compromisso dos enfermeiros com a excelência e a responsabilidade que a profissão exige (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

Com a devida importância atribuída à qualidade na área da saúde, torna-se fundamental traduzir numericamente essa qualidade e analisar fenómenos de acordo com os objetivos definidos e os padrões de qualidade esperados. Na área da pessoa em situação crítica, a gestão de sedo-analgésia e conforto do doente, infeções associadas aos cuidados de saúde, lesões por pressão ou até horas de cuidados de enfermagem prestados, podem ser transformados em indicadores que avaliam os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados (Rocha, 2020). Nesta vertente, emergem os registos de enfermagem como uma intervenção autónoma dos enfermeiros, elementares para documentar todas as fases do processo de enfermagem e realizados com recurso a uma linguagem correta e uniformizada para promover, não apenas a continuidade dos cuidados mas também para produzir documentação sobre os cuidados de enfermagem que facilite a gestão dos cuidados, a sua avaliação e investigação científica, sendo possível desta forma,

dar visibilidade à profissão, valorizar a prática especializada e produzir indicadores de qualidade (Sousa & Figueiredo, 2021).

Paralelamente, os enfermeiros especialistas, como elementos dinamizadores de boas práticas, têm a responsabilidade de identificar áreas de risco e fragilidades, estabelecer prioridades e estratégias, atuar de acordo com a evidência científica, avaliar as suas intervenções e orientar projetos na área da qualidade no sentido de maximizar os serviços prestados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), pois, a melhoria contínua da qualidade deve ser tida como um eixo norteador da prática especializada e deve ser entendida como um processo dinâmico e exaustivo que permite mensurar e melhorar a práxis através da adoção de uma prática baseada na evidência (PBE) (Rocha, 2020).

Neste seguimento, de acordo com dados obtidos junto do enfermeiro gestor do SU da ULSAAVE, no ano de 2024 foram atendidas 403 vias verde de acidente vascular cerebral (VV AVC) o que corresponde a 32,2% das admissões na sala de emergência. O acidente vascular cerebral (AVC) é uma condição amplamente reconhecida como uma situação médica emergente, que resulta de uma interrupção no fluxo sanguíneo cerebral e cuja intervenção atempada pode reduzir a mortalidade e incapacidades permanentes (*World Stroke Organization, 2025*).

Após analisada a prevalência de VV-AVC no cômputo geral de admissões na sala de emergência, durante o processo de aquisição de competências especializadas, observei aquela que era a atuação da equipa a esses doentes e reconhecendo os potenciais evolutivos dessa mesma atuação, elaborei e apresentei um projeto de melhoria contínua da qualidade (PMCQ) na abordagem às vítimas de AVC (Apêndice I), assente num projeto universal já existente, com o objetivo de o integrar no projeto de idoneidade formativa em vigor no SU.

O PMCQ na abordagem ao doente com AVC dá resposta aos padrões de qualidade na área da pessoa em situação crítica da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente a satisfação do cliente, prevenção de complicações e organização dos cuidados de enfermagem. De forma sumária, o projeto em questão compreende várias abordagens de forma a potenciar o atendimento ao doente com AVC seja através de consultoria por peritos na área, formação contínua, divulgação de guias de boas práticas, partilhas de experiências com outras

instituições, adequação de sistemas de informação e registos, mantendo uma cultura de monitorização e avaliação contínua de indicadores de qualidade.

A melhoria da qualidade em cuidados de saúde avalia-se através dos ganhos obtidos em efetividade e eficiência e estes ganhos só serão significativos se for melhorada a segurança (Direção-Geral da Saúde, 2022; Sá, 2024).

Se pesquisarmos de forma objetiva recomendações sobre a segurança do doente, encontramos as 6 metas internacionais para a segurança do doente ou os 5 pilares para a segurança do doente integrantes no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026. Estas recomendações surgem de relatórios e estudos realizados na área e permitem maximizar a qualidade dos cuidados prestados (Esteves, 2021).

Desconstruindo estas premissas facilmente percebemos que a qualidade em saúde está intimamente ligada à segurança da prestação dos cuidados. Contudo, na área de atuação à PSC, pela incerteza muitas vezes associada a uma atuação imediata e complexa, prestada em ambientes muitas vezes hostis, com variáveis que a equipa não consegue controlar, rapidamente compreendemos a existência do risco associado (Esteves, 2021).

A análise do risco e a prevenção e gestão de incidentes implica a notificação e posterior análise desses mesmos riscos e incidentes, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria (Direção -Geral da Saúde, 2022). O profissional de enfermagem, na qualidade de enfermeiro especialista, tem a responsabilidade de garantir um ambiente terapêutico e seguro e estimular o recurso a mecanismos de notificação de incidentes e gestão do risco (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Na VMER, a inexistência da análise e registo dos riscos clínicos e não clínicos e do seu impacto, no cuidar em emergência pré-hospitalar, são uma condicionante que urge solucionar, motivo pelo qual, juntamente com Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação da ULSAAVE, sugeri a criação de um campo de registo e análise dos riscos clínicos e não clínicos.

Importa ressaltar que a comunicação eficiente e eficaz é um dos pilares para a promoção da segurança dos cuidados, integrado no PNSD 2021-2026, que evidencia que a comunicação eficiente entre pares previne eventos adversos. Deste modo, destacam-se os

momentos de transmissão de informação para transição e continuidade de cuidados, dos quais participei em todos os contextos de estágio, nos momentos designados para tal, que exige ser realizada de forma coordenada e sem interrupções com recurso à ferramenta ISBAR¹, tal como preconiza a Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017; Sá, 2024).

Ao reconhecer a melhoria contínua da qualidade como desígnio fundamental do atendimento ao doente, a reflexão sobre a prática ou prática reflexiva apresenta-se como uma excelente estratégia para melhorar a qualidade (Martins et al., 2023). Nesta corrente de pensamento, como forma de reflexão e compreensão das intervenções especializadas realizadas e consolidação de conhecimentos adquiridos no contexto pré-hospitalar, considerei pertinente a sintetização das oportunidades de aprendizagem através da elaboração de um poster para análise da casuística das ocorrências onde tive a oportunidade de participar, aliando desta forma a reflexão crítica à componente investigativa (Apêndice II). Esta reflexão da prática aliada aos momentos de *debriefing*² das ocorrências significativas, por vezes tão singulares, tornaram-se fulcrais à minha aprendizagem e aprimoramento da minha prática profissional e conseqüentemente a melhoria dos cuidados prestados tanto por mim como pelo resto da equipa.

As atividades analisadas assim como, a adoção de medidas de prevenção de infeção, a consulta de normas, protocolos e instruções de trabalho baseadas em evidência científica, a incrementação de medidas para assegurar a segurança e qualidade dos cuidados como a verificação dos carros de emergência, sala de emergência e malas/ célula sanitária no pré-hospitalar, de acordo com as listas de verificação e a testagem de equipamentos nos diferentes contextos de prática clínica, apresentaram-se como ferramentas essenciais de apoio à tomada de decisão e atuação imediata e de responsabilização pela qualidade dos cuidados especializados prestados.

¹ ISBAR: I - *Identify* (Identificação), S - *Situation* (Situação atual), B - *Background* (Antecedentes), A - *Assessment* (Avaliação) e R - *Recommendation* (Recomendações) (Direção-Geral da Saúde, 2017; Sá, 2024).

² *Debriefing*: metodologia de reflexão entre pares que objetiva potenciar as aprendizagens através de uma análise cuidada e crítica construtiva de cada atuação (Brazil et al., 2021).

2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros implica uma gestão que envolve diferentes áreas de atuação, como planeamento de estratégias de priorização, delegação e supervisão de cuidados e colaboração no seio da equipa multidisciplinar, sem descurar das implicações éticas e deontológicas de uma profissão com PBE assim como, a organização, coordenação e racionalização eficaz de recursos (Ernstmeyer & Christman, 2022). Esta gestão dos cuidados é transversal a todos os enfermeiros, contudo, as competências aprimoradas no processo de especialização dotam o EE de meios eficientes e eficazes de lidar de forma autónoma com as mais diversas situações imprevisíveis.

Importa ressaltar que tomar decisões complexas autonomamente implica ter responsabilidade pelas decisões que são tomadas e explorar diante das distintas opções, a mais segura e inovadora. Na área da gestão, o processo de tomada de decisão é fulcral para otimizar recursos, contextos e situações (Lourenço et. al., 2022). O processo de otimização dos cuidados ao nível da tomada de decisão requer, por parte do EE, que este atue como elo entre a equipa multidisciplinar, fomente um ambiente positivo e favorável à prática, participe nas tomadas de decisão em equipa, disponibilize assessoria aos pares, reconheça os seus limites e referencie para outros profissionais de saúde com o objetivo de defender as necessidades dos doentes (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro; Ernstmeyer & Christman, 2022). Neste âmbito, no decurso do estágio de componente clínica, tive a oportunidade de colaborar com os meus tutores, no cumprimento de algumas funções e tarefas que lhes são designadas na qualidade de responsável de equipa e /ou responsável de turno na gestão do serviço, da forma mais conveniente a cada situação, através da tomada de decisão mais adequada e oportuna.

A gestão dos cuidados passa pela qualidade da enfermagem analisada de uma outra perspetiva, onde é exigida não só a tomada de decisão como também, a adequação dos recursos humanos e materiais às necessidades dos doentes.

No que diz respeito à otimização da resposta da equipa de enfermagem aos cuidados prestados, a metodologia de trabalho adotada nos diferentes contextos e a carga de trabalho de enfermagem são fatores de especial relevância que influenciam a qualidade e segurança dos cuidados prestados pelo que uma atividade desenvolvida neste campo de atuação foi a

avaliação da carga de trabalho de enfermagem, cuja quantificação pode ser utilizada para subsidiar a tomada de decisão em relação aos recursos humanos de acordo com indicadores objetivos e justificar medidas corretivas no âmbito da gestão dos cuidados de saúde (Monteiro et al., 2021). Assim, a aplicabilidade de uma escala de avaliação da carga de trabalho de enfermagem adquire fundamental importância, pois está comprovado que o excesso de carga de trabalho, especialmente em serviços que prestam cuidados a doentes com patologia tempo-dependente, pode condicionar a qualidade, segurança e a adequação da relação custo/benefício dos serviços prestados (Mungleng et al., 2024). Neste sentido, a escala NAS (*Nursing Activities Score*) é o instrumento de avaliação da carga de trabalho usado diariamente no SMI onde realizei o estágio.

Nesta linha de pensamento, a Ordem dos Enfermeiros elaborou o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem que objetiva uma adequação dos recursos humanos, de acordo com o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, às reais necessidades de saúde da população para atingir índices desejáveis de segurança e de qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro).

Ainda no âmbito da gestão de recursos humanos e tendo em conta as funções do responsável de turno com as quais tive a oportunidade de colaborar, dentro das margens da minha atuação e sob a alçada dos enfermeiros tutores, durante o estágio foi (re)organizado o serviço e adequados os rácios de enfermagem sendo ponderado o reforço da equipa, tanto no SU como no SMI e reestruturado o plano de distribuição de enfermeiros pelas áreas, no caso do SU, quando tal se justificou.

Outra questão fundamental relativa à gestão de cuidados enquanto competência do EE, prende-se com a gestão de materiais como um conjunto coordenado de atividades referentes à gestão e controlo dos produtos e equipamentos (Ernstmeyer & Christman, 2022).

O SU e o SMI fazem uso, como já foi referido, de um sistema automático de dispensa de medicamentos que permite diminuir os custos e os desperdícios e promover a segurança. No que diz respeito ao material clínico, estes dois serviços diferem em questões de aviamento e reposição de stocks. O SMI utiliza o método de reposição por níveis em que,

no caso de um produto se encontrar em rutura, é colocado um cartão com a informação do produto em falta num quadro específico para o efeito para posterior reposição pelo serviço de aprovisionamento. Enquanto no SU e na SIV a gestão do *stock* é efetuada com periodicidade fixa e quantidade variável através do modelo de reposição por níveis sendo efetuado o pedido pelo enfermeiro gestor e responsável de meio, respetivamente. Todos os contextos onde o estágio foi realizado fazem uso do princípio de armazenamento de *stock* “primeiro a entrar, primeiro a sair” para permitir rotatividade e evitar inseguranças no seu consumo.

Reportando-me à colaboração na gestão de recursos materiais, em todos os contextos de estágio comecei por conhecer as suas características e dinâmicas, a localização dos materiais e funcionamento dos equipamentos como ventiladores, monitores desfibrilhadores, máquinas de gasimetria e equipamento de hemodiálise/hemodiafiltração para facilitar a minha integração na equipa multidisciplinar e concomitantemente tornar a minha atuação mais rápida e eficaz. Posteriormente, para dar resposta às necessidades do doente e do próprio serviço e reconhecendo que o material não pode entrar em rutura sob risco de comprometer a prestação de cuidados aos doentes, participei com os enfermeiros tutores, em questões de aprovisionamento e pedidos de farmácia e material de acordo com critérios de segurança, custo e efetividade, mais especificamente, na verificação e reposição da sala de emergência ou pedidos de soros e produtos de desinfeção no SU, na reposição da célula sanitária da ambulância SIV e gestão do *stock* de fármacos, soros e material clínico no pré-hospitalar em colaboração com a enfermeira coordenadora de meio e colaborei em pedidos extra de material para uso exclusivo a determinada intervenção no SMI. De forma complementar, procedi ainda à notificação de avarias de equipamentos e pedidos de manutenção nos diferentes contextos.

É importante referir ainda, que no SU tive a oportunidade de acompanhar o meu enfermeiro tutor, sempre que este esteve destacado para funções de gestão e coordenação, na gestão de camas do hospital, onde me cabia fazer um levantamento de todas as vagas efetivas e previstas no hospital, manter uma constante atualização de todas as pessoas em internamento no SU ou com internamento previsto e articulação com o médico chefe de equipa para gestão dos internamentos, assim como a coordenação de transferências de doentes intra e inter-hospitalares. Esta experiência proporcionou-me uma compreensão mais

aprofundada da dinâmica da gestão de cuidados no SU, com foco nas práticas de liderança e gestão no contexto do serviço.

Tendo em conta que um dos critérios do EE relativamente à gestão de cuidados é a elaboração de guias orientadores das tarefas a delegar e reconhecendo a importância da gestão de *stocks*, principalmente no pré-hospitalar, onde o material existente na viatura constitui todo o material para dar resposta ao doente em determinada ocorrência, na VMER, elaborei uma norma relativa à gestão de materiais e medicação, que inclui uma lista atualizada de todo o material e medicação que compõe a viatura, uma atualização do plano de tarefas da equipa VMER e uma proposta de verificação de validades em sistema informático próprio para garantir a inclusão e responsabilização da equipa prestadora de cuidados na segurança dos equipamentos e materiais e consequentemente na segurança do doente/ vítima (Apêndice III).

Espera-se que um EE demonstre habilidades de liderança e gestão nas múltiplas facetas da função (Ernstmeyer & Christman, 2022). Durante os estágios tive a oportunidade de fortalecer competências na gestão quer dos meus cuidados, no que diz respeito à priorização, quer dos recursos humanos e materiais / equipamentos pelo que participei dos processos de tomada de decisão na equipa, prestei assessoria na minha área de atuação, atuei em parceria com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar e decidi sobre o melhor cuidado a prestar ao doente de acordo com a minha área de atuação e limites da minha intervenção agindo como elemento influenciador e inovador da prática especializada.

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Na procura pela excelência do exercício profissional, o enfermeiro tem o dever de aprofundar e atualizar os seus conhecimentos continuamente pelo que cabe a cada um ser autónomo e responsabilizar-se pelos seus saberes após o término da sua educação base de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Santos et al., 2024).

A formação contínua dos enfermeiros é elementar para o seu desenvolvimento, tanto a nível pessoal como profissional, e dota os profissionais de capacidades de tomada de decisão e resolução de problemas de forma mais eficaz (Ornellas & Monteiro, 2022). A tomada de decisão baseada na evidência é um elemento essencial à qualidade dos cuidados

nos diferentes domínios da intervenção da enfermagem o que motiva o EE a desenvolver uma prática reflexiva para atemper intervenções e prevenir danos.

Esta necessidade de constante atualização do conhecimento torna-se mais evidente quando se trata do doente crítico, quer seja pela sua complexidade, pela facilidade com que este pode agravar a sua situação clínica, pela frequente renovação das linhas orientadoras de atuação em urgência e emergência, pelo imediatismo de resposta que este utente exige ou mesmo pelas evoluções técnicas, científicas e tecnológicas da área em questão.

Os cuidados prestados à PSC são complexos e multidimensionais. A situação clínica do doente pode alterar rapidamente pelo que o plano de cuidados e a prática dos enfermeiros devem-se alterar na mesma proporção. Para que esta imprevisibilidade não implique incertezas na tomada de decisão dos profissionais de enfermagem, é fundamental que estes recorram à PBE (Reis & Rabiais, 2020), pois esta está associada a vantagens como redução de eventos adversos e custos, aumento da produtividade e qualidade, reduções das variações da prática e aumento da satisfação do profissional e cliente (Teixeira, 2021).

Neste contexto, o processo de aquisição de competências especializadas que se iniciou nas curriculares teóricas, consolidou-se nas unidades curriculares de componente prática, onde procurei basear a minha tomada de decisão em sólidos padrões de cientificidade através de estudo contínuo e pesquisa da bibliografia mais recente e cientificamente validada. Com uma postura pró-ativa para a obtenção de capacidades e saberes, consultei também normas e protocolos pertinentes, completei formações nas plataformas online certificadas *AprenderINEM* e *AngelsIniciative* e ainda uma formação em tratamento de feridas com terapia de pressão negativa (Anexo I) que se constituíram como ferramentas valiosas para dar resposta às exigências dos meus cuidados e projetos em que me envolvi.

Os profissionais de saúde veem nos seus colegas uma fonte de informação que, se por um lado pode ser um obstáculo à PBE, por outro pode ser visto como um aliado, uma vez que pode incentivar a procura, investigação e posterior implementação dos novos conhecimentos na prática diária. Um ambiente de colaboração entre os profissionais, potenciado pela liderança de enfermeiros que reconheçam o valor da PBE, apoia a tomada de decisão assertiva e auxilia os enfermeiros a lidar com situações de stress (Teixeira, 2021).

O potencial formativo entre pares é assim uma realidade (Teixeira, 2021) que permite ao EE assumir o papel de facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo na área da investigação.

Neste contexto, durante os estágios, atuei como elemento dinamizador da práxis baseada na evidência, após consultar os planos de formação dos diferentes contextos de prática clínica e identificar necessidades formativas ou dúvidas transversais à equipa. Neste contexto, elaborei um cartaz de consulta rápida relativo à administração de fármacos pelas diferentes vias do cateter venoso central (CVC) e manutenção do mesmo (Apêndice IV) que se constituía como dúvida transversal dentro da equipa do SU, o qual foi aprovado pela equipa de enfermagem e enfermeiro gestor e posteriormente, exposto nas diferentes salas do SU. Prestei consultoria a uma formação em serviço no SU sobre cateter arterial (CA) e prestei consultoria sobre tratamento em feridas em parceria com o grupo de feridas e lesões por pressão no SMI. Para dar resposta a esta competência comum aos enfermeiros especialistas, participei ainda como formadora no serviço onde exerço funções, numa formação sobre alimentação ao doente internado que incluía interpretação de um protocolo de administração de alimentação entérica, procedi à avaliação dessa mesma formação e elaborei uma norma que incluía uma instrução de trabalho relativa aos cuidados prestados ao doente com alimentação entérica contínua, o que me permitiu transportar esse conhecimento para os contextos clínicos onde realizei o estágio proporcionando mais um momento de discussão e reflexão com as tutoras do SMI sobre alimentação do doente internado.

É expectável que o enfermeiro especialista identifique lacunas no conhecimento e contribua para o saber novo e para o desenvolvimento da prática especializada (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Assim, em parceria com colegas mestrandos em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, foi realizado uma revisão sistemática da literatura relativa sobre fatores de risco de infeções associadas ao cateter venoso periférico e através da elaboração deste, acreditamos ter contribuído para a promoção da segurança e qualidade no cuidado ao doente crítico.

O objetivo enquanto enfermeira especialista não é apenas obter o conhecimento, mas poder aplicá-lo na prestação de cuidados e de o difundir à coletividade através de encontros

científicos ou formações, motivo pelo qual o trabalho de investigação em questão foi apresentado como poster científico nas Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva (Anexo II).

A implementação na prática de conhecimentos teóricos aliado à minha experiência profissional prévia e às oportunidades de aprendizagem e experiências dos próprios estágios dotou-me de conhecimentos que permitiram desenvolver a minha autonomia, confiança e assertividade e conhecer-me enquanto profissional para a prestação de cuidados especializados de qualidade na área da PSC.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Pessoa em situação crítica é definida como “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 n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19362), pelo que, os cuidados a ela prestados “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” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 19362).

O EE na área da PSC, é reconhecido como elemento determinante na resposta à necessidade de cuidados seguros e de qualidade à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2017b). Para precisar o papel do EE na área da PSC e constituir-se como um referencial para a prática de enfermagem especializada emerge o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica que define como domínios de competências específicas destes profissionais: 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 e ainda**, c) **maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas** (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Ao longo deste capítulo e respetivos subcapítulos são analisadas competências alcançadas ao longo deste percurso e que se encontram intimamente relacionadas, sendo desta forma, transversais a vários domínios. Em seguida, será feita uma dissecação das competências específicas do EEEMC, atingidas pelas experiências e atividades realizadas, também elas relacionadas com as competências já supracitadas, o que demonstra, a meu ver, que a aprendizagem é um processo dinâmico, integrado e em constante atualização.

2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivência complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O enfermeiro especialista atua como agente essencial na resposta às necessidades da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica através da prestação de cuidados precisos, eficientes e atempados, minimizando o impacto das transições decorrentes do processo de manutenção das funções vitais básicas. A perícia na identificação de focos de instabilidade resultante da observação, monitorização e procura contínua e sistematizada de dados que permitem não só conhecer a pessoa como desencadear uma tomada de decisão que induz a implementação de intervenções especializadas de alta complexidade com sustentação científica e realizadas com rigor técnico para prevenir complicações sequelares aos focos de instabilidade per si ou da implementação das respostas complexas (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho; Lobão et al., 2024).

Nesta senda, a essência dos estágios residiu, de uma forma geral, no atendimento à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, para aprimoramento do olho clínico na antecipação e resolução de focos de instabilidade e possíveis complicações. Para tal, a identificação de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem é de importância máxima, no cuidar sistematizado, atempado, seguro e de qualidade. Assim, preconiza-se a metodologia ABCDE¹ na abordagem à PSC (Costa, 2021). Esta metodologia de avaliação sistematizada e consequente intervenção contínua e sequencial permitiu organizar os cuidados com foco num atendimento orientado para as prioridades mais prementes do doente, facilitando o reconhecimento precoce de situações de deterioração fisiológica e tratamento imediato de situações ameaçadoras de vida (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023) e em simultâneo constitui-se como elemento propulsor de toda a atuação pois permite elaborar diagnósticos de enfermagem, planear e implementar cuidados e avaliar resultados conforme processo de enfermagem que por sua vez, fornece estrutura à tomada de decisão tornando-a mais científica.

¹ ABCDE: A – *Airway* (via aérea com controlo cervical), B – *Breathing* (ventilação e oxigenação), C – *Circulation* (circulação com controlo da hemorragia e acesso venoso), D - *Disability* (disfunção neurológica), E – *Exposure* (exposição e controlo do ambiente/temperatura) (Costa, 2021).

Com base na identificação dos focos de instabilidade e potenciais complicações, é expectável que o EE administre protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho) como protocolo de fibrinólise, protocolo de sedo-analgia, protocolo de triagem de Manchester, Suporte Avançado de Vida, protocolo de prevenção de pneumonia associada à intubação e cuidados técnicos de alta complexidade como tratamento de substituição da função renal ou a participação em cardioversão elétrica sincronizada em resposta às necessidades da PSC.

Na impossibilidade de relatar na íntegra todas as oportunidades e experiências que o estágio profissional me proporcionou, que comprovam o papel do EE nesta relação: identificação e correção de focos de instabilidade e complicações, destaco o cuidado ao doente neurocrítico como uma oportunidade que impactou a minha prática especializada por ser uma experiência enriquecedora e estimulante pelas particularidades inerentes às medidas de neurointensivismo e que, a meu ver, evidencia a formação humana e técnico-científica do EE que lhe permite atuar de forma autónoma e interdependente no seio de uma equipa de emergência adequando a sua resposta em situações de maior complexidade e constrangimento.

O doente em situação neurocrítica, possui problemas e complicações efetivas ou potenciais que lhe comprometem as suas funções vitais, o que o caracteriza como um indivíduo com elevado nível de vulnerabilidade, instabilidade e complexidade que carece, desta forma, de cuidados de enfermagem que objetivem antecipar situações de instabilidade e instituir medidas profiláticas assim como, manter a monitorização constante e intervenções específicas que influenciam o prognóstico clínico do doente (Barreto et al., 2023). Para a manutenção de um bom prognóstico vital e funcional cabe à equipa de enfermagem executar medidas de neuroproteção de forma autónoma, a título de exemplo, a monitorização neurológica, hemodinâmica e ventilatória, o posicionamento frequente com alinhamento neutro do doente e elevação da cabeceira a 30º-45º, aspiração de secreções endotraqueais sempre que necessário e precedida de momento de hiperoxigenação, medidas de arrefecimento corporal, controlo de hiperglicemias, minimização de estímulos ambientais intensos e em situações pós-cirúrgicas, assegurar a permeabilidade do sistema de drenagem ventricular externo, evitando a sua oclusão e garantindo o correto posicionamento do sistema de drenagem. Com estas medidas pretende-se otimizar a pressão de perfusão cerebral e

controlar a pressão intracraniana, contudo, podem não ser suficientes para obter uma homeostasia, pelo que devem ser complementadas com intervenções de enfermagem interdependentes, como gestão de parâmetros ventilatórios, sempre suportado nas boas práticas de atuação perante um doente sob ventilação mecânica invasiva, e medidas farmacológicas de sedação, da analgesia, da temperatura, da normovolemia, ou mesmo da hipertensão intracraniana (Feijó, 2020). Estas medidas possibilitaram desenvolver um espírito crítico na manutenção eficaz da pressão intracraniana e da pressão arterial média para assegurar valores adequados de pressão de perfusão cerebral, valorizando todos os sinais transmitidos pelo doente.

Adicionalmente, no que diz respeito a situações de morte cerebral, tive oportunidade de presenciar a realização das provas de morte cerebral nos diferentes momentos em doentes com critérios para tal, compreendi o fundamento da sua aplicação, em que trâmites ela se realiza e participei ainda da continuação do processo de suporte multiorgânico do potencial dador de órgãos e tecidos.

No cuidado à PSC importa salientar o transporte do doente crítico como um processo complexo realizado com frequência, tanto em contexto profissional como de estágio, que exige diferenciação clínica e técnica, desde a avaliação do doente até à preparação que o transporte exige. Para o planeamento e efetivação do transporte, o profissional deve estar familiarizado com o equipamento e ter conhecimentos acrescidos em proteção da via aérea, ventilação, monitorização, reanimação cardiopulmonar entre outros procedimentos emergentes de forma a prevenir incidentes e complicações (Despacho n.º 840/2025, de 20 de janeiro).

Em outro espetro de atuação, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, requer uma valorização contínua, bem como um diagnóstico e uma avaliação adequados. A gestão da dor e agitação tem como objetivo a promoção do conforto do doente, contextualizado ora como uma necessidade do doente ora como objetivo de enfermagem num compromisso dinâmico e holístico (Marques & Pontífice-Sousa, 2024). Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, por um lado, o reconhecimento e monitorização regular da dor, quer seja através de escalas de autoavaliação como a escala numérica da dor ou escala qualitativa da dor, ou na impossibilidade do doente se expressar, uma avaliação baseada em evidências fisiológicas de dor e mal-estar ou com recurso a escalas

comportamentais onde se destaca a BPS (*Behavioral Pain Scale*), por outro lado, assegurar uma resposta otimizada a essa condição, procurando promover o conforto e bem-estar da pessoa, pela gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. As medidas farmacológicas de gestão de analgesia e/ou sedação requerem juízo clínico e o recurso a medidas não farmacológicas pode ser igualmente importante no alívio da dor seja por (re)posicionamentos, massagem, crioterapia e até mesmo um ambiente calmo e livre de estímulos (Monte, 2020).

Ao longo do processo de aquisição de competências, mantive sempre presente a importância da humanização dos cuidados, particularmente quando se trata de pessoas que vivenciam transições agudas de saúde/doença. À luz da teoria das transições² de Afaf Meleis, tentei olhar além dos equipamentos tecnológicos que caracterizam grande parte dos cuidados prestados a estes doentes e assentar a minha ação na valorização do cuidado humanizado.

No seio da equipa multidisciplinar, o enfermeiro tem uma posição privilegiada pela proximidade e competência clínica que lhe permite identificar as necessidades do doente/família e auxiliar nos processos de transição saúde-doença, onde a comunicação se apresenta como instrumento de cariz humanizador à prestação de cuidados na medida em que, é através da relação enfermeiro-doente que se consegue compreender profundamente as necessidades físicas e emocionais inerentes ao estado de saúde da pessoa (Marques & Pontífice-Sousa, 2024). A adequação de outras estratégias de comunicação como a empatia do profissional, o toque, a escuta ativa, realçam a importância do papel do EE para quebrar a barreira de comunicação e contribuir para que esta seja mais eficaz (Cabrita et al., 2022).

A transição saúde-doença da PSC gera impacto emocional na família e desencadeia, como consequência, uma necessidade imediata, quer de informação, quer do desenvolvimento de estratégias adaptativas (Mendes et al., 2023).

Na perspetiva de estabelecer uma relação terapêutica e de confiança, adotei uma postura empática e atenta às necessidades da família alvo dos meus cuidados e

² Teoria das transições: teoria de enfermagem de médio alcance focada nas transições despoletadas por eventos críticos (saúde-doença e situacional, aplicado ao contexto) a que o ser humano está sujeito ao longo do seu ciclo vital, cuja resposta de enfermagem conduz à implementação de terapêuticas que visam promover respostas saudáveis no doente e família a essas mesmas transições (Cardoso & Brito, 2024).

procurei incluí-la nos processos de transição, através da observação e participação desta em determinados cuidados prestados ao doente e da transmissão de informações adequadas e ajustadas à minha área de atuação, como estratégias que favorecem, como já foi referido, a tranquilização e adaptação dos familiares às condições do doente sem descurar o direito do doente à privacidade (Mar et al., 2020).

É amplamente reconhecido que o internamento em serviços de medicina intensiva se repercute na alteração do equilíbrio familiar, onde o confronto com a doença grave condiciona sentimentos, como medo, incertezas e choque (Mar et al., 2020), neste contexto, procedi à elaboração de um guia de acolhimento à família (Apêndice V), que inclui informações relativas aos procedimentos, equipamentos e rotinas do SMI, contactos do serviço, bem como, importância das medidas de segurança e controlo de infeção com o objetivo de demonstrar a preocupação da equipa em minimizar o impacto emocional da experiência, promover uma comunicação entre a equipa e a família mais transparente e por conseguinte, minimizar medos e incertezas associadas à situação.

Em situações críticas, inclusive de morte, a comunicação de uma má notícia é um momento delicado e difícil para os profissionais de enfermagem que requer sensibilidade e experiência, porém, deve ser visto como uma oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica, individualizar o cuidado, ajudar o outro na adaptação a um novo contexto ou mesmo facilitar o processo de luto. O recurso a estratégias como o protocolo SPIKES³ permite orientar a atuação do enfermeiro através de etapas que facilitam tanto a comunicação do enfermeiro como o processo de compreensão e aceitação da situação pela família (Silva & Emídio, 2021).

Das várias situações onde foi evidente o papel crucial do enfermeiro na comunicação de más notícias e início do processo de luto, saliento uma ativação em contexto pré-hospitalar, de um trauma de 6 metros de altura onde à nossa chegada, a vítima se encontrava em PCR com traumatismo cranioencefálico grave. O quadro clínico era grave e a decisão clínica face à gravidade do trauma e prognóstico vital da vítima foi de suspender manobras

³ SPIKES: S - *Setting up* (preparação e planeamento), P - *Perception* (perceção), I - *Invitation* (convidar ao diálogo); K - *Knowledge* (conhecimento do doente), E - *Explore emoticons* (explorar emoções), S - *Strategy and summary* (estratégias e síntese) (Silva & Emídio, 2021).

de SAV. A preocupação da equipa voltou-se para a família que, entretanto, chegou ao local de ocorrência, sobressaindo a importância da correta transmissão de más notícias e de um cuidado humanizado para com a família a vivenciar medos, angústia e luto. Nesta situação, foi ainda solicitada a colaboração do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise, para fornecer apoio psicológico à família e assim, minimizar os impactos emocionais imediatos do trauma.

Com base em todas as experiências analisadas previamente, constato que a prestação de cuidados de enfermagem à PSC ajustadas à condição da pessoa e com vista à promoção de uma transição saúde-doença saudável à luz do referencial teórico de Afaf Meleis, num contexto tão diversificado, complexo e imprevisível, exigem do enfermeiro um domínio de saberes que valoriza e justifica a prática de enfermagem especializada. Com o decorrer do estágio consolidei conhecimentos e aprimorei a agilidade de pensamento e capacidade de adaptação, demonstrando autonomia, assertividade e pensamento crítico para a prestação de cuidados especializados.

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

Os cuidados a um doente em situação crítica podem advir de situações de emergência, exceção ou catástrofe que lhe condiciona risco de vida. Os cuidados prestados nestas situações exigem imediatismo de resposta bem como a coordenação e gestão de recursos disponíveis (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

A prevenção ou resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe envolve a articulação de diversas instituições que, pela permanente possibilidade de ocorrência de situação de exceção ou catástrofe, devem planear, de forma integrada e sistemática as respostas aos diferentes cenários (Decreto-Lei n.º 45/2019, de 1 de abril). Assim, surgem os planos de emergência e catástrofe, elaborados com um conjunto de informações e diretrizes de procedimentos estruturados a serem adotados para proporcionar essa resposta eficiente e rápida onde essas instituições se encontrem envolvidas (Ferreira, 2021).

Com bases nestas premissas e atendendo que é da competência do EE na área da PSC, identificar os diferentes tipos de catástrofe e respetivas implicações para a saúde e

conhecer e colaborar na revisão do plano de emergência ou catástrofe da instituição (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho), apesar de não ter tido oportunidade de atuar em situações de exceção e catástrofe ao longo deste processo de aquisição de competências, foi uma preocupação da minha parte, conhecer os planos de resposta dos diferentes contextos a estes eventos e analisá-los com os meus tutores e no caso do SU, com um membro da comissão de catástrofe, pois compreendo que só com um conhecimento aprofundado do tema e das estratégias a adotar face à evolução dinâmica da situação é que é possível dar uma resposta adequada, da conceção à ação.

A abordagem a estas vítimas em contexto intra-hospitalar carece de uma resposta bem definida, contudo, os estudos mostram que as unidades de saúde ainda apresentam dificuldades na resposta por falta de treino, planeamento e preparação neste tipo de cenários multivítimas (Ferreira, 2021). A ULSAAVE, adota, neste sentido, uma atitude preventiva pois tem planos de emergência externos e internos definidos, que integram todos os serviços da unidade hospitalar e a interligação com entidades exteriores. Como esforço de colmatar essas lacunas, os planos de emergência desenvolvidos e revistos pela comissão de catástrofe foram difundidos pelos profissionais da instituição por meio de formações e postos em prova por meio de prática simulada.

O SU onde desenvolvi o estágio dispõe de um armário de catástrofe que inclui todos os protocolos de atuação bem como *kits* de triagem e atendimento para até 79 vítimas adultas e 21 vítimas pediátricas.

Em contexto extra-hospitalar, ressalvo que faz parte da carga da célula da ambulância SIV bem como da VMER o *kit* de triagem em catástrofe que inclui normas, diretrizes e protocolos a seguir, para orientar a triagem das vítimas de acordo com a metodologia de triagem “*Simple Triage and Rapid Treatment*” (START). Esta metodologia consiste na classificação primária das vítimas de acordo com a gravidade das lesões identificadas cuja importância recai, de uma forma simplista, na alocação do tratamento médico por prioridades, maximização do número de sobreviventes e gestão dos recursos disponíveis aplicando discriminadores simples, para posterior triagem secundária que compreende uma avaliação mais precisa e orientação adequada das vítimas (Lopes, 2021).

Não obstante, se as situações de exceção e catástrofe são raras, e não ocorreram durante o período de estágio, as situações de emergência são frequentes e transversais a todos os contextos de estágio. Tal potenciou o meu desenvolvimento profissional, sustentado em novas e consolidadas aprendizagens, que me permitiram mobilizar conhecimentos entre os diferentes contextos, o que, a meu ver, é o reflexo do meu empenho no desenvolvimento de competências especializadas e em simultâneo a valorização da aprendizagem experiencial e profissional como motor dos cuidados de excelência. Assim, estabelecendo um paralelismo entre a primeira e segunda competências específicas do EE na área da PSC e, perante a variedade de situações clínicas, com potencial risco de vida por falência multiorgânica ou trauma, e potencial evolução para situações de peri-paragem e PCR com as quais tive contacto nos diferentes contextos clínicos, foi possível fortalecer os conhecimentos e habilidades em SAV e trauma, de acordo com as diretrizes e protocolos do Conselho Europeu de Reanimação (CER) e INEM, que permitiram assegurar e adequar a minha resposta a situações de emergência baseadas nas mais recentes orientações científicas, sem descurar a salvaguarda pelas condições de segurança (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Ainda nesta vertente, e deparando-me com as dificuldades e limitações dos profissionais de enfermagem na efetivação da RCP-IH, desenvolvi um estudo de investigação empírico, materializado na parte II do presente documento, que foi submetido para publicação numa revista indexada da área de enfermagem com o objetivo de contribuir para a investigação e para uma melhor compreensão da RCP-IH (Anexo III).

Em outra área de intervenção, é expectável que o EE dinamize a resposta a situações de emergência, onde além de preservar a vida e reduzir sequelas e incapacidades, deve participar da preservação dos vestígios de indícios de prática de crime, uma vez que da colheita, manutenção e documentação destes vestígios, de acordo com a cadeia de Custódia, pode advir o sucesso da investigação criminal (Silva et al., 2022). Contudo, apesar da equipa do SU ter tido formação na área da enfermagem forense, identifiquei uma lacuna na abordagem a vítimas de crime de entre as quais as vítimas de abuso sexual, nomeadamente a inexistência de protocolos de atuação bem como de um circuito de atendimento a estas vítimas claramente definido, que me motivou a dar início a um processo de elaboração de um protocolo de atuação e um *kit* de abordagem a estas vítimas para preservação de vestígios do crime (Apêndice VI). Todavia, dada a sua dimensão e multidisciplinaridade, é um projeto que carece de recomendações e autorizações por parte de diferentes entidades.

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

Na procura pela prestação de cuidados seguros em ambiente seguros, o PNSD 2021-2026 da DGS, considera as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) como um dano evitável que condiciona a qualidade de vida, morbilidade, mortalidade bem como os custos diretos e indiretos na saúde (Pereira et al., 2022). O mesmo plano reforça a necessidade de ações que potenciem a redução de infeções e resistência aos antimicrobianos, encarando estas problemáticas como duas faces da mesma moeda. Neste seguimento, a crescente preocupação com estes desafios levou a DGS a desenvolver um programa de saúde de carácter prioritário: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que preconiza uma vigilância e divulgação epidemiológica, a promoção de boas práticas de controlo de infeção, a formação e informação dos profissionais e a implementação de programas de apoio à prescrição em todas as instituições de saúde (Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro).

Para garantir cuidados seguros e de qualidade, o PPCIRA preconiza uma aplicação por rotina de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) que incluem dez padrões de qualidade focados em minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada. Contudo, quando as PBCI não são suficientes para prevenir eficazmente a transmissão de determinados microrganismos epidemiologicamente importantes, devem incluir-se medidas adicionais que permitam orientar a prática profissional de acordo com a cadeia epidemiológica da infeção, a via de transmissão e a patologia. Desta forma, o PPCIRA preconiza a adoção das PBCI em articulação, com as precauções dependentes das vias de transmissão (PDVT) a todos os doentes elegíveis, por todos os profissionais de saúde (Pereira et al., 2022).

Perante esta situação, todos os profissionais devem apresentar conhecimentos atualizados sobre prevenção e controlo de infeções e aplicá-los na sua prática diária, contudo, o EE que atua na área do doente crítico apresenta uma maior responsabilidade em intervir em matéria de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para garantir cuidados seguros e de qualidade uma vez que estes doentes apresentam risco

acrescido de IACS pelo fato de serem submetidos a múltiplos procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, terapêutica imunossupressora, frequentes transferências intra/ inter-hospitalares e até mesmo pela complexidade da própria situação clínica e contextos de atuação (Pereira et al., 2022).

Assim, a minha atuação inclui, mas não se esgota, no cumprimento das PBCI e PBVT, pelo que, além de adotar uma postura responsável, preventiva e antecipatória, cumprindo os pressupostos básicos de controlo de infeção, consultei normas e protocolos existentes nas instituições e atuei com respeito pelas normas de boas práticas da PPCIRA/DGS para prevenção da infeção relacionada com o CVC, prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, prevenção da pneumonia associada à intubação e prevenção da infeção do local cirúrgico que fundamentaram a minha intervenção neste campo de ação.

Nos diferentes contextos de estágio foi possível constatar a existência de *kits* de algaliação, intubação e colocação de CVC ou CA, como forma de facilitar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos nas normas da DGS mencionadas, alinhando a prática com a aplicação dos feixes de intervenções recomendados.

O SMI onde desenvolvi o estágio profissional, integra o projeto nacional de melhoria contínua da qualidade, STOP-Infeção Hospitalar 2.0 desenvolvido pelo PPCIRA que partilha os propósitos explanados no PNSD 2021-2026, igualmente focado em reduzir a incidência de infeções hospitalares, tendo por base a implementação dessas normas de boas práticas do PPCIRA/DGS. Neste enquadramento, é necessário assegurar a vigilância epidemiológica das IACS, garantir o adequado planeamento em saúde e produzir indicadores de qualidade dos cuidados prestados pelo que participei de auditorias com o grupo de controlo de infeção com o objetivo de monitorizar, avaliar e registar medidas de prevenção e controlo implementadas no âmbito da pneumonia associada à intubação. Participei ainda de forma ativa na formação em serviço no âmbito da prevenção e controlo de infeções do trato urinário associado ao cateter vesical após identificar que a fixação do cateter vesical e a clampagem do mesmo aquando da mobilização acima do nível da bexiga de acordo com as diretrizes da DGS, ainda não eram uma prática no serviço.

A ULS onde desenvolvi o estágio do SU, com o intuito de identificar precocemente os doentes portadores de bactérias multirresistentes e reduzir o risco de transmissão, tem a prática de realizar o rastreio de doentes com suspeita de estarem infetados ou colonizados que é realizada preferencialmente antes dos doentes subirem para internamento. Os doentes são colocados em isolamento de contacto preventivo até à obtenção dos resultados. Além da compreensão e participação nesta medida, realizei inúmeros rastreios séticos com respeito pelas normas de assepsia e realizei banhos cirúrgicos de acordo com as normas da DGS de prevenção do local cirúrgico a doentes com indicação para intervenções cirúrgicas.

O pré-hospitalar é um serviço pautado pela imprevisibilidade e ambientes hostis que condiciona barreiras ao cumprimento das boas práticas do controlo de infeção. Sabendo que o veículo mais frequentemente implicado na transmissão cruzada de agentes patogénicos são as mãos contaminadas (Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2024), identifiquei um défice no cumprimento dos momentos obrigatórios para a sua efetivação, portanto, elaborei cartazes de sensibilização para a higienização das mãos, de acordo com as indicações da DGS (Apêndice VII), que foram afixados em locais estratégicos, tanto na sede da equipa de emergência pré-hospitalar como da própria célula sanitária da ambulância SIV.

Com base no exposto, reconheço que o cumprimento de práticas preventivas tem um impacto positivo na prestação de cuidados e segurança do doente crítico logo, a implementação de uma estratégia multimodal de atuação permite-me enquanto futura enfermeira especialista questionar, ponderar e procurar uma constante atualização nesta área de ação e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à PSC através da resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A paragem cardiorrespiratória é a situação emergente mais grave e prioritária associada a uma elevada taxa de mortalidade (Santos et al., 2023), que consiste na falência súbita ou interrupção das funções cardíaca e respiratória e que pode provocar lesões neurológicas irreversíveis e mesmo a morte se o doente não for assistido atempadamente (Ramos et. al., 2024). A nível intra-hospitalar, a PCR apresenta uma incidência de 1,5/1000 doentes internados cuja probabilidade de retorno da circulação espontânea (RCE) varia entre 36-54% (Grasner et al., 2021).

A resposta a uma situação de cariz emergente como a PCR exige imediatismo, segurança, eficiência e rigor e todos os profissionais envolvidos devem estar preparados para atingir este nível de resposta (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023). Contudo, os estudos demonstram que os profissionais apresentam dificuldades na RCP que se vão repercutir na sobrevivência da vítima e essas dificuldades não estão claramente compreendidas. Desta forma, facilmente percebemos a pertinência de realizar um estudo de investigação que objetive analisar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros de um hospital do norte do país na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar (RCP-IH).

Com a consecução do presente trabalho pretende-se mais especificamente:

- a) determinar o nível de dificuldade percecionada pelos enfermeiros de um hospital do norte do país na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar;
- b) comparar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros de um hospital do norte do país, na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar, em função das suas características profissionais (tempo de experiência profissional, serviço onde os enfermeiros exercem funções, situação profissional dos enfermeiros e formação dos enfermeiros em suporte básico de vida (SBV) e/ou SAV).

A investigação insere-se no paradigma quantitativo, descritivo, correlacional, transversal, realizado com recurso a um questionário *on-line* disponibilizado aos enfermeiros que constituem a população-alvo do estudo e que salvaguarda as considerações éticas relativas à investigação.

2. ESTADO DA ARTE

Paragem Cardiorrespiratória

A paragem cardiorrespiratória é a situação emergente mais grave e prioritária associada a uma elevada taxa de mortalidade (Santos et al., 2023). A PCR consiste na falência súbita ou interrupção das funções cardíaca e respiratória, que cursa com ausência de circulação e respiração e que pode provocar lesões neurológicas irreversíveis e mesmo a morte se o doente não for assistido atempadamente (Ramos et. al., 2024).

Pelas diferenças respeitantes à epidemiologia, etiologia, localização e tipo de assistência, a PCR é comumente dividida em paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar (PCR-IH) e paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar (PCR-EH). Contudo, apesar da diferença considerável em termos de registo e investigação da PCR-IH (<10% da literatura) quando comparada com a PCR-EH (>80% da literatura), ambas são igualmente complexas e carecem de contínua investigação no sentido de melhorar a assistência às vítimas (Vo et al., 2024).

A nível intra-hospitalar, a PCR apresenta uma incidência de 1,5/1000 doentes internados sendo que, a probabilidade de RCE varia entre 36-54% e destes, apenas 25% sobrevive ao primeiro ano após PCR-IH (Grasner et al., 2021; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023). Os ritmos de PCR-IH mais frequentes são os não desfibrilháveis, associados a pior prognóstico e menores taxas de sobrevivência (até 17%) (*American Heart Association*, 2021).

Na origem da PCR ou a potenciar a sua situação de base, podem estar situações reversíveis cuja identificação e correção são fulcrais à atuação da equipa, como é o caso da hipoxia, hipovolemia, acidose, alterações iónicas (hipo/hipercalcemia), hipotermia, intoxicação, tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo e trombose pulmonar ou coronária (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023). Contudo, além das causas mencionadas, enquanto na PCR-EH a etiologia mais frequente é a doença coronária (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2021), no caso específico da PCR-IH, o síndrome coronário agudo, a sépsis, as arritmias e a insuficiência cardíaca estão entre as principais etiologias que devem ser tidas em consideração na tentativa de direcionar o tratamento e potenciar o resultado da RCP (Penketh & Nolan, 2022). Importa salientar que,

a maioria das PCR-IH não resulta de um acontecimento súbito e inesperado, sendo o culminar de uma falência progressiva, na qual se verificam frequentemente sinais de deterioração clínica que, por vezes, são desvalorizados ou incorretamente tratados (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).

A probabilidade de sobrevivência da vítima de PCR está ainda associada, a fatores não modificáveis como sexo, idade e comorbilidades da vítima e a fatores modificáveis como o ritmo inicial do evento de PCR, o grau de monitorização da vítima no momento da PCR e o local da ocorrência (Grasner et al., 2021).

Pela complexidade e gravidade inerentes a uma situação de PCR, a resposta a esta vítima exige ser sistemática, concisa, rigorosa e imediata (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020), uma vez que a identificação precoce e as manobras de RCP de alta qualidade são a chave para a sobrevivência do doente vítima de PCR (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).

Reanimação Cardiopulmonar Intra-Hospitalar

A RCP-IH surge como uma resposta sistematizada e sequencial de avaliação e atuação por prioridades, com o intuito de prevenir a PCR e, na eventualidade desta ocorrer, melhorar as hipóteses de sobrevivência do doente (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023). Esta abordagem é baseada na cadeia de sobrevivência intra-hospitalar, constituída por 6 elos que se apresentam sequencialmente de acordo com a figura 1 (*American Heart Association*, 2020; Vo et al., 2024). Cada um destes elos tem igual importância, pois a cadeia de sobrevivência é tão mais forte quanto o seu elo mais fraco, pelo que todas as etapas da cadeia de sobrevivência devem ser alvo de contínua melhoria (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).



Figura 1: Cadeia de sobrevivência intra-hospitalar. Fonte: *American Heart Association*, 2020, pp7.

1. Reconhecimento de sinais de deterioração clínica e prevenção de PCR

A nível intra-hospitalar, cerca de 80% dos doentes apresentam sinais precoces de deterioração clínica, que sugere um período de instabilidade prévio à ocorrência de PCR, cujo reconhecimento atempado pressupõe uma melhoria dos cuidados prestados e dos resultados potenciais (Caldeira, 2021; *American Heart Association*, 2021).

A abordagem a uma PCR-IH, é desta forma iniciado, com a monitorização regular e apropriada das funções vitais de forma a identificar precocemente situações de agravamento clínico e peri-paragem, que podem evoluir para PCR e culminar em morte (Vo et al., 2024). Portanto, existirá uma maior probabilidade de salvar vidas, se forem adotadas medidas de prevenção da PCR em tempo útil, pois uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a morbimortalidade dos doentes internados que sofrem um processo de deterioração clínica aguda (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).

Nesta ordem de ideias, o prognóstico e sobrevivência do doente em situação crítica depende da eficácia da resposta à emergência pelo que é fulcral a implementação de políticas organizacionais que permitam identificar e instituir medidas que reduzam tanto a incidência de PCR-IH como a mortalidade associada (Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro).

2. Ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar

Reconhecendo que o potencial preventivo da PCR-IH pressupõe o reconhecimento de sinais de deterioração neurológica e hemodinâmica, os sistemas de resposta implementados nas instituições de saúde devem incluir:

- critérios claramente definidos para ativação de equipas de ajuda diferenciada intra-hospitalar;
- modelo uniforme de pedido de ajuda com capacidade para responder de imediato e com eficácia a esses pedidos (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).

Neste contexto, com o intuito de reduzir o erro e maximizar a segurança para o doente, por um lado, a nível mundial, foi introduzido no funcionamento dos hospitais, o conceito de EEMI (Soar et al., 2021), por outro lado, foram definidos critérios cientificamente validados para a sua ativação que permitem preparar os profissionais para

reconhecer doentes em situação crítica atempadamente (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).

A EEMI é constituída por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem ao doente crítico e em técnicas de reanimação que dão resposta avançada e diferenciada, a situações de significativa deterioração fisiológica e prestam parceria e consultoria em situações de paragem cardiorrespiratória. Esta equipa é ativada, em momentos distintos, consoante a vítima apresente ou não sinais de vida, através de um sistema interno de comunicação que deve ser do conhecimento de todos os profissionais (número de telefone interno 2222) (Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro), assim como os critérios de ativação da EEMI, que se encontram intimamente relacionados com sinais de deterioração clínica do doente (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).

Os atrasos na resposta prestada pela equipa de emergência intra-hospitalar encontram-se associados a taxas de sobrevivência mais reduzidas (Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro).

3. Reanimação

Quando a deterioração precoce do doente não é detetada pelos profissionais ou apesar de reconhecida ser insuficientemente tratada, esta eventualmente vai evoluir para uma paragem cardiorrespiratória que, conforme referido previamente, constitui uma emergência clínica, pelo que o seu atendimento deve ser realizado de imediato por uma equipa altamente especializada, qualificada e apta (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2021).

Neste sentido, destaca-se o papel do enfermeiro quer na identificação de situações de instabilidade clínica, quer na rápida atuação em situação de PCR, dando ênfase ao rápido reconhecimento do evento, à célere ativação da EEMI e ao início de manobras de RCP básicas até à disponibilidade de recursos que lhes permitam evoluir para uma RCP avançada e eventuais cuidados pós-PCR (Ramos et al., 2024).

A RCP encontra-se assim dicotomizada em SBV e SAV sendo, porém, um *continuum* na abordagem à PCR (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).

O SBV é a base de qualquer reanimação e envolve um conjunto de manobras de compressão torácica externa e de ventilação, realizadas após verificação da ausência de respiração e pulso, sem protelar o pedido de ajuda, com o intuito de manter a circulação da vítima com sangue minimamente oxigenado, de forma a preservar a viabilidade do coração e do cérebro, até à chegada do desfibrilhador e realização de SAV (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023; Vicente et al., 2024).

Sabendo que, a taxa de sobrevivência e prognóstico neurológico das vítimas duplica em situações de PCR presenciada à qual são iniciadas manobras de RCP imediatas (Vo et al., 2024), é fundamental que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a importância da RCP e consigam atingir um alto nível de desempenho esperado, mesmo com a existência de uma equipa de emergência intra-hospitalar (Andersen et al., 2019; Nogueira et al., 2021).

4. Desfibrilhação precoce e estabilização – Suporte Avançado de Vida

Aquando de uma PCR, urge o início de manobras de SBV, contudo, na maioria das situações, apenas manobras de SBV não são suficientes para obter o sucesso da RCP, sendo necessárias manobras avançadas. Neste sentido, surge o SAV que compreende um conjunto de procedimentos, manobras e técnicas avançadas e diferenciadas, como a desfibrilhação (quando aplicável), a administração de fármacos, abordagem avançada da via aérea e se possível, o diagnóstico e correção de causas potencialmente reversíveis de PCR, executadas em equipa com o objetivo de alcançar o RCE (Caldeira, 2021).

Estas intervenções estratégicas que visam uma atuação de excelência prestadas por equipas de alto desempenho, devem seguir as linhas orientadoras mais atuais sobre o tema que são constantemente revistas e atualizadas por entidades competentes como a *American Heart Association* (AHA) e o CER, com base em evidência científica para elaboração dos algoritmos.

Desta forma, a prestação deste nível de cuidados exige uma boa dinâmica entre uma equipa competente e sincronizada com funções claramente distribuídas. A *American Heart Association* (2021), recomenda, para uma situação de PCR, a distribuição da equipa de reanimação por 6 funções: líder de equipa, desfibrilhação, compressões, via aérea, acessos

e administração de terapêutica e registos/cronometragem, sendo que, é possível o mesmo profissional estar responsável por mais do que uma função simultaneamente. A mesma entidade acrescenta que, para que o desempenho da equipa seja eficaz, cada elemento deve estar ciente das suas funções e responsabilidades, sabendo que são um membro de um todo e que a função de cada um é única e imprescindível e a comunicação entre a equipa deve ser igualmente eficaz, garantido que todas as tomadas de decisão se baseiam em todas as informações disponíveis.

Na área de enfermagem, os conhecimentos dos enfermeiros refletem-se na qualidade dos cuidados prestados (Costa, 2021). Esta premissa adquire particular significado em situações de PCR-IH, onde o sucesso da reanimação cardiopulmonar depende da implementação eficiente e sucessiva destas ações e funções (Chan et al., 2023).

Importa ainda ressaltar, que os recursos materiais são uma condicionante importante da RCP-IH. No momento da PCR, os materiais, equipamentos e medicamentos para dar resposta à vítima devem encontrar-se disponíveis, organizados e padronizados num armário móvel denominado Carro de Emergência, presente em todas as unidades hospitalares para permitir simultaneamente o atendimento seguro, efetivo, com tempo de resposta oportuno e evitar o desperdício de materiais (Portaria n.º 90/2024, de 11 de Março).

5. Cuidados pós-PCR e recuperação

O doente vítima de PCR é um doente instável, mesmo após a recuperação dos sinais de circulação. O prognóstico neurológico destas vítimas é uma preocupação da equipa prestadora de cuidados durante todo o processo de RCP-IH, inclusive após o RCE. Na sua maioria, as mortes pós-RCE devem-se à suspensão do tratamento avançado, por previsão de mau prognóstico neurológico (Intituto Nacional de Emergência Médica, 2020; Vo et al., 2024).

Assim, com o RCE, não terminam os cuidados da equipa de saúde à vítima de PCR, prolongando-se os cuidados para o pós-RCP. Estes constituem atualmente um elo fundamental da cadeia de sobrevivência da PCR-IH e apresentam igual importância, uma vez que também deles, depende a sobrevivência da vítima. Os cuidados após o RCE passam por adequada ventilação e oxigenação, suporte multiorgânico, controlo da temperatura e

reabilitação nas suas várias áreas, sempre suportados por monitorização apertada e avaliação imagiológica e analítica (Vo et al., 2024).

Tempos de atuação em RCP - IH

As prioridades da reanimação cardiopulmonar são definidas pelo tempo e qualidade da resposta dos reanimadores, sendo essenciais: o início imediato de RCP de alta qualidade, com a rápida e correta identificação de ritmo e desfibrilhação precoce (quando aplicável) e a minimização das interrupções nas compressões torácicas de qualidade (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).

Iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilhar até 3 a 5 minutos após a PCR, período em que o cérebro ainda se mantém oxigenado (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2021), pode aumentar a sobrevivência da vítima até 50-70%, sendo que, a taxa de sobrevivência da vítima à data de alta, reduz 10-12% por cada minuto de atraso na desfibrilhação (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023). Se for realizado SBV, o declínio da taxa de sobrevivência é mais gradual (3-4%/minuto) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2021).

Do mesmo modo, no que diz respeito à farmacologia utilizada RCP, em ritmos não desfibrilháveis, está comprovado que a administração de adrenalina, o mais precocemente possível, preferencialmente dentro de 5 minutos, está associada a maiores taxas de sobrevivência (Soar et al., 2021; Vo et al., 2024).

Competência e Formação em RCP

Uma situação de PCR é uma situação desafiadora e transversal aos vários serviços intra-hospitalares e uma condição de extremo imediatismo que carece do desenvolvimento de competências necessárias para atuação neste tipo de situações emergentes que implicam elevado grau de complexidade (Caldeira, 2021).

Na procura pela excelência de cuidados e consequente aumento da taxa de sobrevivência da vítima em PCR, os profissionais a atuar em RCP devem possuir um domínio de conhecimentos e habilidades relacionados com o conhecimento de algoritmos e procedimentos como acessos venosos/intraósseos, compressões torácicas, ventilação e

desfibrilhação, denominadas competências técnicas (Caldeira, 2021). Embora o enfoque da qualidade em RCP seja na sua maioria atribuído às competências técnicas, existe também outra unidade de competências dos profissionais associada ao desfecho de uma situação de PCR, as designadas competências não técnicas (Nogueira et al., 2021).

Competências não técnicas consistem em capacidades cognitivas e habilidades interpessoais que permitem o desempenho da equipa de forma eficaz como a liderança, gestão e delegação de tarefas, trabalho em equipa, comunicação, *briefing/debriefing*, tomada de decisão e gestão de informação (Nogueira et al., 2021). Adicionalmente, os estudos realizados sugerem que um bom domínio de competências não técnicas está associado a uma melhoria do desempenho das competências técnicas, o que traduz a igualdade e complementaridade entre os dois domínios de competências (Greif et al., 2021; Nogueira et al., 2021).

O benefício demonstrado em termos de cuidados prestados ao doente por uma equipa treinada e competente em RCP, leva a que seja promovida formação aos profissionais responsáveis pela manutenção dos elos da cadeia de sobrevivência intra-hospitalar. Para tal, existem programas de formação padronizados e bem estabelecidos, com componente teórica e prática, baseados nas diretrizes mais atuais, que incluem a certificação de competências básicas ou avançadas de acordo com os diferentes níveis de atuação dos profissionais de saúde, ministradas por entidades formativas creditadas para o efeito para garantir a qualidade dos cuidados prestados à vítima de PCR (Conselho Português de Ressuscitação, 2020; Greif et al., 2021). Contudo, está comprovado que o conhecimento e habilidades em RCP se vão deteriorando com o tempo (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023; Hsieh et al., 2025), motivo pelo qual, o Conselho Português de Ressuscitação (2020), indica que é responsabilidade do profissional manter as suas competências através da recertificação dessa formação, através de treino em diferentes cenários, com recurso à simulação de casos clínicos e com avaliação em tempo real da atuação, em conjuntura com a análise das evidências científicas mais atuais nesta área em constante evolução, para melhorar o resultado na vítima e possibilidade de reversão da PCR (Oermann et al., 2022; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023).

Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros em RCP-IH

A resposta a uma PCR exige, tal como já foi realçado diversas vezes, imediatismo, segurança, eficiência e rigor e todos os profissionais envolvidos devem estar preparados para atingir este nível de resposta (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023). Contudo, os estudos demonstram que os profissionais apresentam dificuldades na RCP que se vão repercutir na sobrevivência da vítima (Catalão & Gaspar, 2017). Estas dificuldades são caracterizadas como necessidades e limitações à atuação dos profissionais e podem ser multidimensionais (Catalão & Gaspar, 2017). Na literatura são identificadas dificuldades na RCP devidas à falta de experiência e ao conhecimento deficitário relativo a técnicas, algoritmos e/ou recursos materiais como a dificuldade em identificar ritmos cardíacos emergentes, dificuldades técnicas no uso de materiais e fármacos ou dificuldades na identificação de intervenções de qualidade na RCP que estão associados a iatrogenias e erros bem como atrasos no início de RCP (Lima et al., 2020; Araújo et al., 2021; Rabello et al., 2022; Ramos et al., 2024; Barros et al., 2024).

Analogamente, o facto da PCR ser uma situação potencialmente geradora de stress pode provocar nos enfermeiros dúvidas, insegurança e ansiedade que, de igual forma, conduzem ao aumento do risco de erro associado (Amoako-Mensah et al., 2023; Ramos et al., 2024; Barros et al., 2024). Adicionalmente, a atuação dos profissionais na RCP-IH pode também encontrar-se dificultada por questões organizacionais e estruturais como a disponibilidade em tempo útil de materiais e fármacos, o nível de monitorização dos doentes, a localização e estrutura das enfermarias, o dimensionamento inadequado e a assincronia das equipas ou mesmo das próprias políticas institucionais e respetivos sistemas implementados de resposta à PCR (Rabello et al., 2022; Amoako-Mensah et al., 2023; Ramos et al., 2024). Deste modo, é imprescindível que as instituições de saúde estejam sensíveis às necessidades, limitações e aspetos que dificultam a RCP-IH percecionadas pelos profissionais de forma a adequar estratégias de melhoria dos cuidados prestados (Leandro et al., 2024).

Assim, com vista ao incremento da cultura de segurança e qualidade no atendimento às vítimas de PCR, torna-se fulcral a realização de um estudo que vise analisar as dificuldades na atuação em RCP-IH percecionadas pelos próprios profissionais e em que medida essas dificuldades podem ser influenciadas pelas características profissionais dos

enfermeiros, pois, por um lado, o desenvolvimento profissional apenas é possível após autorreflexão e avaliação dos conhecimentos e habilidades (Hallmark et al., 2021) e por outro, é na análise das limitações e necessidades identificadas pelos profissionais que se desenvolvem estratégias de melhoria da qualidade (Caldeira, 2021).

Mensuração das dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH

A Escala de Percepção de Dificuldades na Assistência à Paragem Cardiorrespiratória Intra-hospitalar (EPDAPI) da autoria de Catalão e Gaspar (2017), tem como objetivos avaliar as dificuldades percebidas pelos profissionais na assistência à PCR intra-hospitalar e analisar, de acordo com a percepção dos enfermeiros, os sistemas implementados de resposta assistencial quanto à sua capacidade de suprimir as limitações e necessidades dos profissionais (Catalão & Gaspar, 2017), e encontra-se descrita no capítulo seguinte.

3. METODOLOGIA

A metodologia de um trabalho de investigação é a fase onde são apresentadas, de forma pormenorizada, todas as atividades, instrumentos e etapas para o desenvolvimento do trabalho de pesquisa, bem como o tipo de investigação com vista a atingir os objetivos de investigação delineados (Vilelas, 2022). Assim, o próximo capítulo apresenta a operacionalização deste estudo de investigação com a descrição detalhada da metodologia utilizada.

1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

Com a consecução do presente trabalho pretende-se analisar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros de um hospital do norte do país na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar. Para tal, foram ainda delimitados os objetivos específicos seguintes:

- Determinar o nível de dificuldade percecionada pelos enfermeiros de um hospital do norte do país na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar;
- Comparar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros de um hospital do norte do país, na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar, em função das suas características profissionais (tempo de experiência profissional, serviço onde os enfermeiros exercem funções, situação profissional dos enfermeiros e formação dos enfermeiros em SBV e/ou SAV).

3.2 TIPO DE ESTUDO

A presente investigação insere-se no tipo de estudo não experimental de carácter quantitativo, descritivo, correlacional, transversal, atendendo que se objetiva, sem manipulação das variáveis, a análise de abordagem comparativa através de técnicas estatísticas e apresentação numérica/quantitativa não só da descrição das variáveis como da relação entre estas, a partir de dados obtidos num determinado momento (Vilelas, 2022).

Por se tratar de um estudo de investigação correlacional formularam-se hipóteses, com o intuito de investigar a existência de associação entre as variáveis. Hipóteses são afirmações relacionadas com as variáveis em estudo, que são testadas durante a investigação e devem estar relacionadas com os objetivos definidos (Vilelas, 2022). Assim, foram formuladas as hipóteses seguintes:

- Hipótese 1 (H₁): Existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH em função do tempo de experiência profissional;
- Hipótese 2 (H₂): Existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH em função do serviço onde os enfermeiros exercem funções;
- Hipótese 3 (H₃): Existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH em função da situação profissional dos enfermeiros;
- Hipótese 4 (H₄): Existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH em função da formação dos enfermeiros em SBV e/ou SAV.

3.3 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Uma variável é uma característica ou qualidade que é estudada durante uma investigação e que é passível de assumir diferentes valores (Coutinho, 2021; Vilelas, 2022). As variáveis podem ser dependentes ou independentes, sendo a variável dependente a variável que está condicionada pelas variáveis independentes e estas as que dentro da relação estabelecida não dependem de outra. As variáveis devem estar em consonância com os objetivos e hipóteses formuladas (Vilelas, 2022). Na presente investigação foram estudadas as variáveis seguintes:

- Variáveis independentes: sociodemográficas (sexo e idade) e profissionais (tempo de experiência profissional, serviço onde os enfermeiros exercem funções, situação profissional dos enfermeiros e formação dos enfermeiros em SBV e/ou SAV);
- Variável dependente: dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH. Variável operacionalizada através da escala EPDAPI.

A EPDAPI é uma escala de autoavaliação e autopercepção, do tipo Likert, composta por 33 itens que abrangem 5 dimensões: atuação em RCP, competência para a tomada de decisão em RCP, resposta em tempo útil à PCR, deteção, alerta e resposta à PCR e ativação da ajuda diferenciada à PCR, que correspondem aos fatores obtidos a partir da análise

fatorial exploratória com extração pelo método de componentes principais. Estas dimensões encontram-se apresentadas no quadro 3 com os respetivos construtos subjacentes.

Quadro 3:
Dimensões da EPDADI e respetivos construtos subjacentes.

Fator/ Dimensão	Construto
Atuação em RCP	Os itens nele contidos, referem-se à utilização de equipamentos, conhecimento acerca dos fármacos, guias orientadores e procedimentos em reanimação.
Competência para a tomada de decisão em RCP	Os itens nele contidos referem-se à utilização e colocação em prática dos meios e recursos disponíveis, baseadas na avaliação da vítima emergente ou situação de PCR de forma correta e estruturada.
Resposta em tempo útil à PCR	Os itens nele contidos, referem-se aos tempos de administração de SBV e SAV, elos fundamentais na cadeia de sobrevivência.
Deteção, alerta e resposta à PCR	Os itens nele contidos, incluem a resposta à PCR implementada a nível intra-hospitalar incluindo a existência de sistemas de deteção precoce de vítimas críticas e a resposta da EEMI.
Ativação da ajuda diferenciada à PCR	Os itens nele contidos, referem-se à disponibilidade e organização da ajuda diferenciada designada para a assistência à PCR a nível intra-hospitalar.

Fonte: Catalão & Gaspar (2017).

A fiabilidade da escala original estimada pelo Coeficiente de Alfa Cronbach apresenta um valor de 0,927, que indica muito boa consistência interna e traduz elevada fiabilidade na medição das dimensões relacionadas com a assistência à PCR-IH que a escala se propõe a avaliar (Catalão & Gaspar, 2017).

A opção pela utilização da EPDADI prende-se não só na sua elevada consistência interna como também no facto de ser a única escala que permite avaliar as dificuldades

percecionadas pelos profissionais em diferentes dimensões de atuação em RCP-IH, que por sua vez, abrangem os diferentes elos da cadeia de sobrevivência.

De acordo com o preconizado por Duarte e colaboradores (2022), as variáveis em estudo foram operacionalizadas e categorizadas e constam do Apêndice VIII.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população diz respeito ao conjunto total de indivíduos que se pretende estudar (Vilelas, 2022). No caso específico deste estudo de investigação, como a população de enfermeiros é um número consideravelmente elevado para ser estudado procedeu-se à extração de uma amostra dessa população com as características desta para serem representativas da mesma. A amostra em estudo inclui enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, Medicina Intensiva, Internamento e Intensivos de Cardiologia, Cuidados Intermédios, Bloco Operatório, Internamento de Medicina Interna e Internamento de Cirurgia/ Ortopedia de um hospital do norte do país que, de forma consciente e voluntária, pretenderam participar no presente estudo de investigação. Foram excluídos enfermeiros que nunca tenham assistido numa PCR-IH.

A amostra da presente investigação é não probabilística por conveniência. Perante a população de enfermeiros que constituem a ULS onde o estudo foi realizado, foi obtida uma amostra inicial de 248 enfermeiros e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, previamente mencionados, totalizou-se uma amostra final de 201 enfermeiros.

3.5 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Um instrumento de recolha de dados (IRD) é qualquer recurso que permite extrair informações com um conteúdo pertinente à especificidade dos dados necessários (Vilelas, 2022). Neste estudo o IRD foi aplicado sob a forma de inquérito por questionário constituído por duas partes: a primeira parte corresponde aos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes (ex.: sexo, idade, tempo de experiência profissional, serviço onde exercem funções, situação profissional e formação em SBV e/ou SAV) e a segunda parte é composta por uma escala do tipo *Likert*: Escala de Perceção das Dificuldades na Assistência à PCR Intra-hospitalar. O questionário (Apêndice IX) foi divulgado pelo departamento de formação da ULS, a todos os colaboradores da unidade de saúde onde o estudo foi realizado, de acordo

com norma interna da instituição, através do e-mail institucional, em formato *Google Forms*, disponível de 6 de dezembro de 2024 a 6 de fevereiro de 2025.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao programa de análise de dados IBM SPSS *Statistics* na versão 26.0, nomeadamente a estatística descritiva para caracterização da amostra e análise preliminar do nível de dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar (média (M), mediana, desvio padrão (DP), frequências absolutas e relativas) e a estatística inferencial para o teste das hipóteses formuladas para o estudo (aplicado o teste de Shapiro-Wilk para verificação do pressuposto de normalidade: distribuição considerada normal, aplicado o teste paramétrico de T-Student (2 grupos independentes); normalidade não foi verificada, teste alternativo não paramétrico de Kruskal-Wallis (+ de 3 grupos independentes) seguido de comparações múltiplas entre grupos). Foi estabelecido um nível de significância estatística de 5%.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização do presente estudo, foi inicialmente, solicitada autorização para utilização da Escala de Perceção das Dificuldade na Assistência à PCR Intra-hospitalar aos autores Maria José Catalão e Pedro Gaspar tendo essa autorização sido concedida (Anexo IV). Posteriormente, o IRD juntamente com o projeto para a realização da presente investigação e autorização dos autores para a utilização da escala foram submetidos para apreciação do coordenador do centro académico e de formação, do gabinete de proteção de dados e da comissão de ética para a saúde da ULS onde o estudo foi realizado, tendo sido obtido um parecer favorável antes da sua realização (Anexo V).

Aquando da aplicação do questionário, foi primeiramente solicitado o consentimento livre, informado e esclarecido dos participantes, acompanhado de uma contextualização e objetivos do estudo de investigação, cumprindo os princípios éticos da Declaração de Helsínquia (*World Medical Association*, 2025). Os dados obtidos para a realização do estudo foram recolhidos e tratados confidencialmente garantindo o anonimato dos participantes, e serão armazenados de forma segura por um período de 5 anos e depois eliminados de forma permanente conforme sugestão de Vilelas (2022).

Declara-se ainda a não existência de conflitos de interesse no domínio do estudo e o respeito pela integridade, dignidade, segurança e bem-estar dos participantes.

4. RESULTADOS

Os dados recolhidos por meio de um questionário aplicado aos enfermeiros dos serviços hospitalares da ULS onde o estudo foi realizado, servem de base à presente investigação e são apresentados neste capítulo. Inicialmente procede-se à caracterização da amostra com recurso a dados estatísticos, com o intuito de proporcionar um enquadramento dos participantes, e posteriormente procede-se à análise estatística descritiva e inferencial das dificuldades percebidas e teste das hipóteses em estudo.

4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional

O presente estudo analisa uma amostra de 201 enfermeiros de um hospital do norte do país. A maioria é do sexo feminino (74,1%), com idades compreendidas entre os 30 e 49 anos (79,6%), enfermeiros (76,6%), com tempo de experiência profissional superior a 11 anos (64,7%). Quanto ao serviço onde exercem funções destacam-se o Serviço de Urgência, o Internamento de Medicina Interna e o Internamento de Cirurgia/ Ortopedia que totalizam 68,1% dos enfermeiros participantes deste estudo. A maioria dos enfermeiros participantes tem formação em SBV (98,0%) e tem formação em SAV (60,2%). Estes resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1:
Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes deste estudo.

		n	Fr (%)
Sexo	Feminino	149	74,1%
	Masculino	52	25,9%
Idade	20 a 29 anos	25	12,4%
	30 a 39 anos	98	48,8%
	40 a 49 anos	62	30,8%
	50 ou mais anos	16	8,0%
Situação profissional	Enfermeiro	154	76,6%
	Enfermeiro com título de especialista	44	21,9%
	Enfermeiro gestor ou com funções de chefia	3	1,5%
Tempo de experiência profissional	0 a 5 anos	28	13,9%
	6 a 10 anos	43	21,4%
	11 a 15 anos	48	23,9%

	16 a 20 anos	45	22,4%
	21 ou mais anos	37	18,4%
Serviço onde exercem funções	Internamento de Medicina Interna	38	18,9%
	Serviço de Urgência	69	34,3%
	Internamento de Cirurgia/ Ortopedia	30	14,9%
	Medicina Intensiva	17	8,5%
	Bloco Operatório	16	8,0%
	Cuidados Intermédios	21	10,4%
	Internamento e Intensivos de Cardiologia	10	5,0%
Formação SBV	Sim	197	98,0%
	Não	4	2,0%
Formação SAV	Sim	121	60,2%
	Não	80	39,8%
Total		201	100 %

Legenda: n frequência absoluta; Fr (%) frequência relativa.

Fonte: elaboração própria.

4.2 Escala EPDAPI: características psicométricas

Optou-se por se usar a estrutura fatorial original da EPDADI uma vez a sua utilização permite comparar os resultados com a literatura já existente.

A análise da consistência interna da EPDAPI, aplicada à amostra em estudo, revelou valores satisfatórios do coeficiente alfa de Cronbach, indicando boa fiabilidade dos seus fatores (Tabela 2). A escala total apresentou um alfa de Cronbach de 0,93, evidenciando muito boa consistência interna. De acordo com Vilelas (2022), valores de alfa Cronbach superiores a 0,70 são considerados aceitáveis, sendo que valores acima de 0,80 refletem muito boa consistência interna.

Tabela 2:
Fatores da EPDAPI e alfa de Cronbach obtidos neste estudo.

	Itens	Alfa de Cronbach
Atuação em RCP	15, 16, 17, 19, 20, 28, 29, 30	0,86
Competência para a tomada de decisão em RCP	18, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 33	0,86
Resposta em tempo útil à PCR	1, 2, 3, 4, 5	0,76
Deteção, alerta e resposta à PCR	6, 7, 8, 10, 11, 12	0,75
Ativação da ajuda diferenciada à PCR	9, 13, 14, 23	0,65
Escala EPDAPI total	Todos	0,93

Fonte: elaboração própria.

4.3 Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros na RCP-IH

Para a análise das dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na RCP-IH, recorreu-se à média ponderada dos fatores e à média total da escala, que varia de 1 a 5. Valores próximos de 1 revelam maior dificuldade percecionada e valores próximos de 5 revelam menor dificuldade percecionada.

Assim, em relação aos resultados descritivos dos fatores da EPDAPI, observou-se que a média total da escala foi de 4,07 (DP = 0,56), com uma mediana de 4,09, sendo que, o fator com menor dificuldade percecionada foi "Resposta em tempo útil à PCR" (M = 4,56; DP = 0,61), seguido de "Ativação da ajuda diferenciada à PCR" (M = 4,51; DP = 0,57) e "Competência para a tomada de decisão em RCP" (M = 4,18; DP = 0,60), já o fator "Atuação em RCP" apresentou a média mais baixa (M = 3,32; DP = 0,83) e uma mediana de 3,38. Este resultados indicam uma percepção de dificuldade moderada a baixa nas diferentes dimensões da assistência à paragem cardiorrespiratória (Tabela 3).

Tabela 3:*Mediana, média e desvio padrão para os fatores e valor total da escala EPDAPI.*

	Mediana	Média	Desvio padrão
Atuação em RCP	3,38	3,32	0,83
Competência para a tomada de decisão em RCP	4,30	4,18	0,60
Resposta em tempo útil à PCR	4,80	4,56	0,61
Deteção, alerta e resposta à PCR	4,33	4,14	0,73
Ativação da ajuda diferenciada à PCR	4,75	4,51	0,57
Escala EPDAPI total	4,09	4,07	0,56

Fonte: elaboração própria.

4.4 Análise Inferencial

Para a análise inferencial recorreu-se a testes estatísticos para verificação do pressuposto de normalidade da variável dependente e teste das hipóteses em estudo.

Hipótese 1 - Existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH em função do tempo de experiência profissional

Para analisar se existem diferenças significativas nas dificuldades percebidas na realização da reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar em função do tempo de experiência profissional, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis, uma vez que não se verificou o pressuposto de normalidade da variável dependente. Adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Na Tabela 4, apresentam-se os valores médios e respetivo desvio padrão para cada fator e pontuação total da escala EPDAPI, bem como o valor da Estatística do teste (Et) e respetivo valor de significância estatística (p). Obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas nos fatores “Competência para a tomada de decisão” ($p = 0,030$) e “Ativação da ajuda diferenciada à PCR” ($p = 0,025$), sendo que os enfermeiros com experiência

profissional compreendida entre 6 e 10 anos percebem maiores dificuldades do que os enfermeiros com tempo de experiência profissional entre 16 e 20 anos.

Globalmente, também se registam diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com experiência profissional compreendida entre 6 e 10 anos e os enfermeiros com tempo de experiência profissional entre 16 e 20 anos ($p = 0,029$), observando-se que os enfermeiros com menos anos de experiência profissional percebem maiores dificuldades na assistência à PCR intra-hospitalar.

Tabela 4:
Resultados dos testes comparação das dificuldades percebidas na RCP-IH quanto ao tempo de experiência profissional.

	Tempo de experiência profissional					Et (p)
	0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 ou mais anos	
Atuação em RCP	3,19±0,78	3,13±0,79	3,33±0,78	3,44±0,91	3,49±0,86	6,44 (0,168)
Competência para a tomada de decisão em RCP	4,07±0,48	3,99±0,69	4,20±0,52	4,36±0,57	4,24±0,64	10,69 (0,030*)
Resposta em tempo útil à PCR	4,50±0,54	4,41±0,78	4,57±0,56	4,63±0,57	4,68±0,51	6,46 (0,167)
Deteção, alerta e resposta à PCR	4,12±0,63	3,90±0,88	4,10±0,72	4,33±0,65	4,27±0,65	7,37 (0,118)
Ativação da ajuda diferenciada à PCR	4,59±0,39	4,33±0,72	4,43±0,58	4,69±0,44	4,53±0,56	11,13 (0,025*)
Escala EPDAPI total	3,99±0,49	3,87±0,61	4,07±0,56	4,21±0,56	4,18±0,52	10,80 (0,029*)

Legenda: (p)* Significativo a 0,05.

Fonte: elaboração própria.

Hipótese 2 - Existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH em função dos serviços onde os enfermeiros exercem funções

Para analisar se existem diferenças significativas nas dificuldades percebidas na realização da reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar quanto ao serviço onde exercem funções, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis, uma vez que não se verificou o pressuposto de normalidade da variável dependente. Adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Na Tabela 5, apresentam-se os valores médios e respetivo desvio padrão para cada fator e pontuação total da escala EPDAPI, bem como o valor da Estatística do teste e respetivo valor de significância estatística. Obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores e também na pontuação total da escala ($p < 0,01$) pelo que foram realizadas comparações múltiplas de forma a identificar que serviços diferem entre si quanto às dificuldades percebidas pelos enfermeiros na realização da RCP-IH.

Relativamente à pontuação total da escala EPDAPI verificou-se que os enfermeiros dos serviços de Internamento em Medicina Interna ($M = 3,61 \pm 0,40$) e Internamento de Cirurgia/ Ortopedia ($M = 3,61 \pm 0,49$) percebem maiores dificuldades do que os enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência ($M = 4,34 \pm 0,40$), Medicina Intensiva ($M = 4,63 \pm 0,28$), Cuidados Intermédios ($M = 4,13 \pm 0,34$) e Internamento e Intensivos de Cardiologia ($M = 4,49 \pm 0,35$), sendo que os primeiros apresentam média mais baixa. Por outro lado, também os enfermeiros do Bloco Operatório ($M = 3,92 \pm 0,73$) e Cuidados Intermédios ($M = 4,13 \pm 0,34$) percebem maiores dificuldades do que os enfermeiros que exercem funções em Medicina Intensiva ($M = 4,63 \pm 0,28$). Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas ($E_t = 90,02$; $p < 0,001$).

Tabela 5:

Resultados dos testes comparação das dificuldades percebidas na RCP-IH quanto ao serviço onde exercem funções.

	Serviço onde exerce funções							Et (p)
	Internamento de Medicina Interna	Serviço de Urgência	Internamento de Cirurgia/Ortopedia	Medicina Intensiva	Bloco Operatório	Cuidados Intermédios	Internamento e Intensivos de Cardiologia	
Atuação em RCP	2,67±0,63	3,77±0,62	2,77±0,80	3,90±0,53	3,23±0,94	3,05±0,55	4,13±0,46	80,38 (<0,001**)
Competência para a tomada de decisão em RCP	3,83±0,95	4,34±0,50	4,01±0,56	4,72±0,27	4,01±0,81	4,11±0,55	4,37±0,51	40,57 (<0,001**)
Resposta em tempo útil à PCR	4,11±0,54	4,81±0,31	3,91±0,53	4,95±0,11	4,64±1,01	4,94±0,11	4,92±0,19	105,55 (<0,001**)
Deteção, alerta e resposta à PCR	3,62±0,74	4,37±0,48	3,37±0,50	4,89±0,26	4,14±0,87	4,63±0,28	4,63±0,38	96,50 (<0,001**)
Ativação da ajuda diferenciada à PCR	4,39±0,57	4,62±0,45	4,33±0,57	4,79±0,31	3,92±0,99	4,65±0,36	4,80±0,31	25,64 (<0,001**)
Escala EPDAPI total	3,61±0,40	4,34±0,40	3,61±0,49	4,63±0,28	3,92±0,73	4,13±0,34	4,49±0,35	90,02 (<0,001**)

Legenda: (p)** Significativo a 0,01.

Fonte: elaboração própria.

De ressaltar alguns resultados de particular interesse relativos às dificuldades percebidas em cada fator, de acordo com os resultados apresentados na Tabela 5:

- Os enfermeiros que exercem funções nos serviços de Internamento em Medicina Interna, Internamento de Cirurgia/ Ortopedia e Cuidados Intermédios percebem maiores dificuldades na “Atuação em RCP” do que os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, Medicina Intensiva e Internamento e Intensivos de Cardiologia ($E_t = 80,38; p < 0,001$).
- Os enfermeiros que exercem funções no serviço de Internamento em Medicina Interna percebem maiores dificuldades na “Competência para a tomada de decisão em RCP” do que os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência e Medicina Intensiva. Verificou-se ainda que os enfermeiros que exercem funções no Internamento de Cirurgia/ Ortopedia, Bloco Operatório e Cuidados Intermédios percebem maiores dificuldades na “Competência para a tomada de decisão em RCP” do que os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Medicina Intensiva ($E_t = 40,57; p < 0,001$).
- Os enfermeiros que exercem funções nos serviços de Internamento de Cirurgia/ Ortopedia e Internamento em Medicina Interna percebem maiores dificuldades na “Resposta em tempo útil à PCR” do que os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Cuidados Intermédios, Medicina Intensiva e Internamento e Intensivos de Cardiologia ($E_t = 105,55; p < 0,001$).
- Os enfermeiros que exercem funções no serviço de Internamento de Cirurgia/ Ortopedia percebem maiores dificuldades na “Detecção, alerta e resposta em PCR” do que os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, Bloco operatório, Cuidados Intermédios, Medicina Intensiva e Internamento e Intensivos de Cardiologia. Os enfermeiros que exercem funções no serviço de Internamento em Medicina Interna percebem maiores dificuldades na “Detecção, alerta e resposta em PCR” do que os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, Cuidados Intermédios, Medicina Intensiva e Internamento e Intensivos de Cardiologia. Verificou-se ainda que os enfermeiros que exercem funções no Bloco Operatório e Serviço de Urgência percebem maiores dificuldades na “Detecção,

alerta e resposta à PCR” do que os enfermeiros que exercem funções no serviço de Medicina Intensiva ($Et = 96,50; p < 0,001$).

- Relativamente à “Ativação da ajuda diferenciada em PCR” verificou-se que os enfermeiros que exercem funções no Bloco Operatório percebem maiores dificuldades do que os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, Medicina Intensiva e Internamento e Intensivos de Cardiologia ($Et=25,64; p<0,001$).

Hipótese 3 - Existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH em função da situação profissional dos enfermeiros

Para analisar se existem diferenças significativas nas dificuldades percebidas na realização da RCP-IH quanto à situação profissional (excluíram-se os enfermeiros gestores ou com funções de chefia ($n = 3; Fr = 1,5\%$)), recorreu-se ao teste T-Student. Adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os resultados são apresentados na Tabela 6 e permitem concluir que os enfermeiros percebem maiores dificuldades no que concerne à “Atuação em RCP” ($p = 0,039$), “Competência para a tomada de decisão em RCP” ($p = 0,005$) e no total da escala EPDAPI ($p = 0,019$) do que os enfermeiros com título de especialista (doravante enfermeiros especialistas).

Tabela 6:
Resultados dos testes comparação das dificuldades percebidas na RCP-IH quanto à situação profissional.

	Situação Profissional		Et (p)
	Enfermeiros	Enfermeiros com título de especialista	
Atuação em RCP	3,24±0,78	3,53±0,93	-2,08 (0,039*)
Competência para a tomada de decisão em RCP	4,11±0,60	4,39±0,52	-2,86 (0,005**)
Resposta em tempo útil à PCR	4,55±0,63	4,63±0,51	-0,80 (0,423)
Deteção, alerta e resposta à PCR	4,13±0,73	4,21±0,75	-0,60 (0,551)
Ativação da ajuda diferenciada à PCR	4,47±0,57	4,61±0,57	-1,46 (0,146)
Escala EPDAPI total	4,01±0,55	4,23±0,57	-2,37 (0,019*)

Legenda: (p) * Significativo a 0,05; ** significativo a 0,01.

Fonte: elaboração própria.

Hipótese 4 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH em função da formação dos enfermeiros em SBV e/ou SAV

A hipótese de investigação 4 prevê a análise da influência da formação de SBV e/ou SAV nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros em RCP-IH, contudo, verifica-se que 98% da amostra tem formação em SBV o que impossibilita a análise inferencial por ausência de variabilidade. Desta forma, a análise inferencial centra-se exclusivamente na formação em SAV.

Para analisar se existem diferenças significativas nas dificuldades percebidas na realização da reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar quanto à formação dos enfermeiros em SAV, recorreu-se ao teste T-Student. Adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os resultados são apresentados na Tabela 7 e permitem concluir que os enfermeiros que não possuem formação em SAV percebem maiores dificuldades do que os enfermeiros com formação em SAV em todos os fatores ($p < 0,001$) e na pontuação total da Escala EPDAPI ($p < 0,001$).

Tabela 7:
Resultados dos testes comparação das dificuldades percebidas na RCP-IH quanto à formação em SAV.

	Formação em SAV		Et (p)
	Sim	Não	
Atuação em RCP	3,72±0,68	2,72±0,65	10,31 (<0,001**)
Competência para a tomada de decisão em RCP	4,40±0,49	3,85±0,59	7,25 (<0,001**)
Resposta em tempo útil à PCR	4,76±0,41	4,26±0,72	5,56 (<0,001**)
Deteção, alerta e resposta à PCR	4,38±0,60	3,79±0,77	5,84 (<0,001**)
Ativação da ajuda diferenciada à PCR	4,63±0,46	4,32±0,67	3,61 (<0,001**)
Escala EPDAPI total	4,33±0,44	3,67±0,49	10,02 (<0,001**)

Legenda: (p) ** significativo a 0,01.

Fonte: elaboração própria.

5. DISCUSSÃO

Os enfermeiros são muitas vezes os primeiros profissionais, em contexto IH, a reconhecer uma PCR e iniciar RCP (Guteta, 2022; Khattab et al., 2025; Şener et al., 2025) pelo que é relevante analisar as dificuldades percecionadas pelos próprios e as diferenças subjacentes no contexto real de prática profissional, confrontando com estudos anteriores sobre o tema e com populações semelhantes, para identificar padrões e estratégias que permitam mitigar essas dificuldades e otimizar a assistência às vítimas de PCR-IH.

Para contextualizar os resultados e obter uma melhor compreensão do perfil dos enfermeiros que constituem a amostra, foram analisadas as características sociodemográficas e profissionais que revelam características consistentes com a literatura existente. A predominância de enfermeiros do sexo feminino (74,1%) no presente estudo acompanha a estatística da Ordem dos Enfermeiros (2025) e é consistente com estudos anteriores (Citolino Filho et al., 2015; Guteta, 2022; Şener et al., 2025), facto que pode estar relacionado ao contexto histórico da profissão. A maioria dos participantes encontra-se na faixa etária dos 30 a 39 anos, espelhando a tendência nacional de enfermagem, de acordo com os dados do anuário estatístico da Ordem dos Enfermeiros, relativo ao ano de 2024 (Ordem dos Enfermeiros, 2025). O tempo de experiência profissional revela que 64,7% dos enfermeiros apresentam mais do que 11 anos de experiência, o que reflete um quadro clínico experiente. Esta constatação coincide com resultados observados em outros estudos (Citolino Filho et al., 2015). A análise da situação profissional, revela que 21,9% dos enfermeiros participantes são enfermeiros especialistas numa área de enfermagem, equivalente à média nacional em contexto intra-hospitalar (Instituto Nacional de Estatística, 2025). Estes números acompanham a crescente valorização académica e profissional exigida na área de enfermagem (Santos et al., 2024). Adicionalmente, a maioria dos enfermeiros participantes tem formação em SBV (98,0%) e tem formação em SAV (60,2%), com valores que mantêm a tendência de outros estudos (Catalão & Gaspar, 2017; Santos et al., 2024).

Os estudos realizados na área da RCP concluem que existem dificuldades na atuação dos enfermeiros nas várias dimensões da RCP-IH (Catalão & Gaspar, 2017; Amoako-Mensah et al., 2023; Barros et al., 2024; Santos et al., 2024), como se verifica no presente estudo. A média global reflete um nível de dificuldade percecionada pelos enfermeiros na

RCP-IH baixo ($M=4,07$), contudo é importante salientar que nenhuma dimensão apresentou a pontuação máxima, logo, os enfermeiros apresentam dificuldades em todas as dimensões da RCP-IH o que condiciona todos os elos da cadeia de sobrevivência, pelo que, uma análise mais pormenorizada das dificuldades percecionadas nas diferentes dimensões, bem como das dificuldades percecionadas pelos enfermeiros em função das características profissionais dos mesmos, adquire particular relevância para compreender a complexidade multidimensional da problemática.

A média das dificuldades percecionadas pelos enfermeiros do presente estudo, em termos gerais, são superiores ao estudo de Catalão e Gaspar (2017), conduzido com o intuito de analisar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros de um hospital do sul do país (4,07 e 3,50, respetivamente), o que indica menor nível de dificuldade percecionada. Esta diferença pode ser uma consequência da disparidade entre os sistemas implementados de resposta à PCR no que concerne à ativação da ajuda diferenciada. No estudo de Catalão e Gaspar (2017), o sistema de resposta implementado a nível institucional consistia em contactar o médico do serviço de urgência aquando da identificação de situações urgentes e emergentes, não existindo uma equipa definida para assistência à PCR-IH, que leva os mesmos autores a concluir que esses sistemas de resposta são insuficientes na sua atuação e assistência intra-hospitalar. Já na ULS onde o presente estudo foi realizado, são seguidos os sistemas de resposta institucionais implementados a nível nacional, nomeadamente uma equipa de emergência intra-hospitalar constituída por enfermeiro e médico, com competências avançadas na abordagem ao doente crítico e em RCP e que é ativada segundo critérios claramente definidos, através de um número interno implementado a nível institucional e padronizado e divulgado por todos os profissionais a nível nacional, desde 2018. Amoako-Mensah e colaboradores (2023), Mbutia e colaboradores (2024) e Hamal e colaboradores (2025) nos seus estudos, apontam que um sistema de resposta inapropriado ou a falta de conhecimento dos profissionais acerca do mesmo, atrasa a resposta à vítima de PCR comprometendo a sua sobrevivência.

A análise descritiva das dimensões da EPDAPI revela uma perceção de dificuldades dos enfermeiros na RCP-IH moderada a baixa, sendo a dimensão com menor dificuldade percecionada a "Resposta em tempo útil à PCR" ($M = 4,56$), seguido de "Ativação da ajuda diferenciada à PCR" ($M = 4,51$), o que sugere que estes enfermeiros se encontram

alicerçados em sistemas implementados a nível institucional de resposta à PCR e reconhecem a disponibilidade, ainda que imperfeita, de meios que lhes permite iniciar de forma célere a resposta à vítima de PCR. Em contraste, no presente estudo, a dimensão "Atuação em RCP" apresentou a média mais baixa ($M = 3,32$) e, por sua vez, maior dificuldade percecionada, com indecisão ou hesitação na resposta, a indicar níveis de dificuldades moderada no que respeita ao conhecimento acerca de guias orientadores, procedimentos, fármacos e materiais utilizados em RCP, o que poderá ser alvo de melhoria, uma vez que o défice de conhecimento está associado uma má prática em RCP, comprovado nos estudos de Adriyani e colaboradores (2019), Guteta (2022) e Tomas e Kachekele (2023).

Os resultados do presente estudo comprovam a hipótese relativa à existência de diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na RCP-IH em função do tempo de experiência profissional (H_1), sendo que, enfermeiros com mais tempo de experiência profissional (16-20 anos) percecionam menor dificuldade na “Competência para a tomada de decisão”, “Ativação da ajuda diferenciada” e no total da escala do que os enfermeiros com menos anos de experiência profissional (6-10 anos). Esta aferição ecoa os resultados dos estudos de Alaseeri et al. (2021) e Guteta (2022) que comprovam que um maior tempo de experiência profissional está associado a um processo de tomada de decisão mais eficaz e práticas seguras em RCP, respetivamente. Tal pode ser explicado pelo facto dos enfermeiros com maior tempo de experiência profissional poderem apresentar, ao longo do seu exercício profissional, uma maior exposição a eventos de PCR que se configuram como oportunidades de reforço e de desenvolvimento de competências em RCP. Por outro lado, Citolino Filho e colaboradores (2015), no seu estudo concluem que a variável tempo de experiência profissional dos enfermeiros não influencia a perceção destes acerca dos fatores que dificultam a qualidade da RCP. Em contrapartida, este contraste pode ser explicado pelas diferenças na dimensão das amostras.

Foi ainda comprovada a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percecionadas na RCP-IH em função do serviço onde os enfermeiros exercem funções (H_2), validando a hipótese relativa à dimensão contextual da prática dos enfermeiros. Enfermeiros de serviços de doentes não críticos, nomeadamente Internamento de Medicina Interna e Internamento de Cirurgia/ Ortopedia percecionam maiores dificuldades do que os enfermeiros de serviços de doentes críticos, nomeadamente serviço

de Medicina Intensiva, Cuidados Intermédios, Internamento e Intensivos de Cardiologia e Serviço de Urgência, em todas as dimensões da RCP-IH. Estes achados estão alinhados com o estudo de Catalão e Gaspar (2017) e podem ser justificados, por um lado, pelo nível de monitorização dos doentes, pois a monitorização inadequada ou ausente, no que concerne especialmente a serviços de doentes não críticos, pode dificultar o reconhecimento dos sinais de deterioração fisiológica ou a própria PCR e limitar a ativação da ajuda diferenciada e a assistência atempada à vítima (Catalão & Gaspar, 2017; Grasner et al., 2021; Mbuthia et al., 2024; Silverplats et al., 2024). Por outro lado, a maior incidência de eventos de PCR em serviços de doentes críticos (Şener et al., 2025; Hamal et al., 2025) resultado da condição clínica característica deste tipo de doentes que pode rapidamente evoluir para uma situação de PCR, conduz a uma maior exposição dos enfermeiros desses serviços a situações às quais têm de dar uma resposta segura e atempada em RCP (Guteta, 2022).

Paralelamente, estes resultados podem ainda ser justificados pelo facto da ULS onde o presente estudo foi realizado proporcionar formação em SAV prioritariamente a enfermeiros dos serviços de doentes críticos em detrimento dos não críticos. Esta interpretação pode ser reforçada pela existência de diferenças estatisticamente significativas entre os próprios serviços de doentes críticos, onde os enfermeiros do serviço de Medicina Intensiva percecionam menores dificuldades no âmbito global da RCP-IH do que os enfermeiros do Bloco Operatório e Cuidados Intermédios que, por sua vez, apresentam menos enfermeiros especialistas e menos enfermeiros com formação em SAV do que o serviço de Medicina Intensiva. Facto que sustenta a pertinência das hipóteses 3 e 4.

A confirmação da H₂ reforça os achados da H₁, na medida em que ambas apontam para a importância da exposição a situações de PCR, destacando-a como fator determinante na diminuição das dificuldades percecionadas pelos enfermeiros em RCP-IH.

Foi ainda comprovada a hipótese em estudo relativa à existência de diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percecionadas na RCP-IH em função da situação profissional dos enfermeiros (H₃), na medida em que, enfermeiros percecionam maiores dificuldades do que os enfermeiros especialistas no âmbito global da escala e mais especificamente na “Atuação em RCP” e “Competência para a tomada de decisão”. Estes resultados podem ser devidos à capacidade do enfermeiro especialista integrar a evidência científica na sua prática clínica baseando nela o seu processo de tomada de decisão, uma vez

que se destaca do enfermeiro sem especialidade por apresentar menores dificuldades nas dimensões relacionadas com o conhecimento e tomada de decisão em RCP. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Santos e colaboradores (2024), que comprovam que os enfermeiros especialistas apresentaram melhores níveis de conhecimento em RCP do que enfermeiros sem especialidade. Estes resultados vêm dar visibilidade e fundamentar a urgência de especialização em enfermagem.

Por último, foram comprovadas diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na RCP-IH em função da formação em SBV e/ou SAV (H₄), confirmando-se a hipótese em questão. A maioria dos participantes em estudo (98%) detém formação em SBV que é fulcral à deteção e início atempado da RCP, mas insuficiente quando é necessário escalar para medidas avançadas nomeadamente desfibrilhação, medicação e ventilação avançada, onde o SAV é fundamental. No presente estudo, foi comprovado que enfermeiros com formação em SAV percecionam menores dificuldades em todas as dimensões da RCP-IH do que a sua contraparte. Estes achados são similares aos resultados do estudo de Catalão e Gaspar (2017) e são corroborados pelos estudos de Pareek et al. (2018), Mroczinski et al. (2023) e Khattab et al. (2025), realizados com o intuito de analisar o impacto positivo da formação em RCP quer no conhecimento teórico e prática de RCP dos enfermeiros quer na taxa de mortalidade. Contudo, é consensual na literatura que o conhecimento e habilidades se vão deteriorando com o tempo (Hsieh et al., 2025), facto que se substancia no presente estudo, essencialmente pela dimensão “Atuação em RCP” que, apesar da frequência de enfermeiros com formação em SBV e SAV, apresenta a média mais baixa, o que justifica a necessidade de formações frequentes e dirigidas às necessidades e dificuldades identificadas pelos próprios profissionais.

Do ponto de vista teórico, os resultados confirmam hipóteses centrais da RCP-IH ao integrarem fatores profissionais do contexto prático dos enfermeiros, na análise das dificuldades por eles percecionadas e que devem ser tidas em consideração pois, embora testadas separadamente, sustentam uma visão complementar que permite mitigar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na RCP-IH e, por conseguinte, melhorar a prestação de cuidados às vítimas de PCR-IH.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA:

A mitigação das dificuldades percebidas pelos enfermeiros para a prestação de cuidados seguros e de qualidade à vítima de PCR, não é uma meta inatingível, contudo, requer esforço contínuo tanto dos profissionais de saúde como da própria instituição.

Os resultados do presente estudo sustentam a necessidade de formação em RCP frequente, com recurso a prática simulada, direcionada às dificuldades e adequada às necessidades dos enfermeiros, de acordo com as suas características profissionais, atuando a formação em RCP como uma mais-valia na redução das dificuldades percebidas, no incremento da confiança e retenção de habilidades e conhecimento dos enfermeiros em RCP (Khattab et al, 2025; Hsieh et al., 2025).

Os resultados reforçam ainda a importância de estratégias organizacionais que otimizem a prestação de cuidados seguros e de qualidade na área da RCP. Desta forma, sugere-se, como estratégia de melhoria contínua de qualidade, a ampliação e fortalecimento de um grupo de trabalho a nível institucional, constituído por especialistas na área do doente crítico e da RCP, que além de contribuírem para a investigação em RCP-IH e serem responsáveis por aperfeiçoar os sistemas de resposta à PCR, alcancem todos os profissionais através de elos de ligação aos diferentes serviços hospitalares, para divulgar as mais recentes diretrizes na área da RCP e dinamizar e coordenar as formações em RCP a todos os profissionais, de forma a assegurar a qualidade, periodicidade e adequação às necessidades e dificuldades identificadas nos respetivos contextos de prática clínica. Chan e colaboradores (2021) indicam que hospitais com responsáveis ativos pela RCP-IH aumentam em até 4 vezes a taxa de sobrevivência à PCR-IH.

LIMITAÇÕES:

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, apesar da amostra em estudo apresentar características consistentes com outros estudos, a técnica de amostragem por conveniência condiciona a extrapolação dos resultados para a população geral. De seguida, a escassez de estudos dirigidos especificamente à temática das dificuldades dos enfermeiros em RCP-IH limitam a discussão dos resultados pelo que mais estudos nesta área são necessários e sugeridos,

sendo a EPDAPI particularmente útil para dar resposta a esta lacuna na investigação. Adicionalmente, a metodologia transversal da presente investigação limita o estudo da relação causa-efeito entre as variáveis, assim, estudos de natureza longitudinal são fortemente recomendados para possibilitar estabelecer uma relação de causalidade. Por último, não foram questionadas as diferentes especialidades de enfermagem pelo que estudos futuros poderão analisar as dificuldades dos enfermeiros em função desta diferenciação uma vez que tal pode evidenciar o impacto das especialidades nos cuidados prestados ao doente.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A análise das dificuldades dos enfermeiros é uma etapa fundamental para melhorar a qualidade do atendimento e imperativa para salvar vidas. Os resultados revelaram um baixo nível de dificuldade percebida no âmbito global da RCP-IH. Contudo, destaca-se a dimensão “Atuação em RCP” que se evidenciou como a dimensão de maior dificuldade percebida pelos enfermeiros, o que sugere falta de conhecimento relativo a guias orientadores, fármacos, materiais e procedimentos utilizados em RCP. A contrastar, a “Ativação da ajuda diferenciada” revelou-se como a dimensão da RCP-IH de menor dificuldade percebida pelos enfermeiros.

No que diz respeito à comparação das dificuldades percebidas pelos enfermeiros na RCP-IH em função das suas características profissionais, foram corroboradas as hipóteses de pesquisa, verificando-se que essas dificuldades diferem em função do tempo de experiência profissional, do serviço onde os enfermeiros exercem funções, da sua situação profissional e da formação em SAV.

O presente estudo contribui para a compreensão das dificuldades dos enfermeiros na assistência à vítima de PCR-IH e evidencia a necessidade de formação que promova experiências de contacto em RCP. Capacitar quem cuida é investir na segurança e qualidade da assistência num momento crítico como a PCR-IH pelo que a formação deve ser orientada pelas necessidades e dificuldades percebidas pelos próprios enfermeiros e ajustadas às suas características profissionais.

Perante os resultados, sugere-se como estratégia de melhoria contínua da qualidade a nível institucional, o fortalecimento de grupo de trabalho composto por especialistas na área da pessoa em situação crítica e RCP com elos de ligação aos diferentes serviços hospitalares, capaz de otimizar a resposta às vítimas de PCR-IH tanto pela capacitação dos profissionais como pela otimização dos sistemas de resposta institucionais.

Espera-se com este trabalho contribuir para a investigação na área da RCP-IH, para a orientação de diretrizes mais robustas baseadas em evidência e inspirar estudo futuros que explorem de forma aprofundada a temática, integrando outros fatores que influenciam as dificuldades percebidas pelos enfermeiros em RCP-IH e/ou uma perspectiva temporal que permita compreender relações de causalidade.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A aprendizagem prática e baseada na evidência científica capacita os enfermeiros a desenvolver competências até alcançar o nível de perícia na sua área de atuação (Benner, 2001). A realização do estágio clínico e respectivo relatório de estágio representou uma experiência enriquecedora do meu percurso formativo, onde a reflexão sistemática aliada à investigação, permitiu reforçar aprendizagens significativas e reafirmar o estágio clínico como um espaço privilegiado de construção do saber profissional.

Considera-se que os objetivos delineados foram alcançados. No que diz respeito à descrição e análise das atividades desenvolvidas durante o estágio clínico e materializadas no presente documento, verificou-se que, foram essenciais para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC na área da PSC, de acordo com o estipulado no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro e no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho.

Relativamente ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências constatou-se que, é um processo dinâmico e contínuo que permitiu a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos e contribuiu para a autonomia e segurança na prestação cuidados especializados à PSC.

Em relação à elaboração do trabalho de investigação na área da PSC, verificou-se que, tal permitiu não apenas a produção de conhecimento na área da RCP-IH como o desenvolvimento de competências de investigação, fulcrais à prestação de cuidados baseados em evidência que o cuidado especializado de qualidade à PSC exige.

Em retrospectiva, considero que este estágio clínico foi alicerçado em evidência científica, pensamento crítico, postura proativa, capacidade de adaptação e orientado pelo princípio da humanização dos cuidados e culminou no meu crescimento pessoal e sobretudo, profissional. Em prospetiva, acredito que as competências desenvolvidas terão impacto positivo na minha carreira enquanto enfermeira especialista, que será encarada de forma profissional e com o compromisso científico e ético de um cuidar com empatia, competência e rigor, sabendo que, o verdadeiro impacto da enfermagem não se avalia apenas nas intervenções clínicas, mas na diferença que fazemos na vida daqueles que cuidamos.

REFERÊNCIAS

- Adriyani, S., Setyorini, F., Dewi, E., & Pratiwi, A. (2019). Nurse's Knowledge and Their Performance on Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) in Critical and Emergency Care Unit. *Indonesian Journal of Nursing Practices*, 52-57. <https://doi.org/10.18196/ijnp.3193>
- Alaseeri, R., Rajab, A., & Banakhar, M. (2021). Do personal differences and organizational factors influence nurse's decision making? A qualitative study. *Nursing Reports*, 714-727. <https://doi.org/10.3390/nursrep11030067>
- American Heart Association. (2020). *Destaques das Diretrizes de RCP e ACE*. American Heart Association. 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*. American Heart Association.
- Amoako-Mensah, E., Achempim-Ansong, G., Adofo, C., & Sarfo, J. (2023). Perceptions of nurses regarding quality of adult cardiopulmonary resuscitation in Ghana: a qualitative study. *BMC Nurs*. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01388-5>
- Andersen, L., Holmberg, M., Berg, K., Donnino, M., & Granfeldt, A. (2019). In-Hospital Cardiac Arrest: a Review. *JAMA*, 1200-1210. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696>
- Araújo, T., Almeida, V., Novais, D., Ribeiro, R., Silva, D., Viana, V., Silva, B., & Silva, R. (2021). Dificuldades do enfermeiro frente à Reanimação Cardiopulmonar (RCP): uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, 61049-61069. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-467>
- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2024). *Boas Práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. <https://www.aeop.pt/ficheiros/Boas-Praticas-Luvas.pdf>
- Barreto, L., Barreto, O., & Santos, L. (2023). Outcome neurológico: construção de um guia de orientação de boas práticas de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido. *Jornal de Investigação Médica*, 123-132. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.747>
- Barros, F., Rocha, I., Silva, J., Santos, I., Santos, D., Oliveira, I., Souza, A., & Reis, K. (2024). Perceção dos Enfermeiros sobre a Ressuscitação Cardipulmonar Adulto em

- uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Contemporânea*.
<https://doi.org/10.56083/RCV4N2-087>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito : excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Brazil, V., Symon, B., & Twigg, S. (2021). Clinical debriefing in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 778-779. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13834>
- Cabrita, C., Fernandes, A., & Bico, I. (2022). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em unidade de cuidados intensivos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 118-139. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).553.118-139](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).553.118-139)
- Caldeira, P. (2021). Reanimação Cardiopulmonar Avançada no Adulto. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 123-123). Lidel.
- Camelo, N. (2022). *Competências do enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida. Construção e validação da escala competências de Enfermeiro de ambulância*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital IPB. <http://hdl.handle.net/10198/26367>
- Cardoso, A., & Brito, A. (2024). Mais enfermagem na enfermagem. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (pp.1-7). Lidel.
- Catalão, M.J.M., & Gaspar, P. (2017). Dificuldades na assistência à paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar: a perceção dos profissionais de saúde. Em M. A. Dixe, P. M. L. Sousa, & P. Gaspar (Coords), *Construindo conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica* (pp. 9-27). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria. ISBN:978-989-99793-8-3. <http://hdl.handle.net/10400.8/2877>
- Chan, J., Lehrich, J., Nallamotheu, B., Tang, Y., Kennedy, M., Trumpower, B., & Chan, P. (2021). Association Between Hospital Resuscitation Champion and Survival for In-Hospital Cardiac Arrest. *Journal of the American Heart Association*. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017509>
- Chan, P., Greif, R., Anderson, T., Atiq, H., Bittencourt Couto, T., Considine, J., Caen, A., Djarv, T., Doll, A., Douma, M., Edelson, D., Xu, F., Finn, J., Firestone, G., Girotra, S., Lauridsen, K., Leong, C., Lim, S., Morley, P., ... Nallamotheu, B. (2023). Ten

- Steps Toward Improving In-Hospital Cardiac Arrest Quality of Care and Outcomes. *Resuscitation*. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109996>
- Citolino Filho, C., Santos, E., Gengo e Silva, R., & Nogueira, L. (2015). Fatores que comprometem a qualidade da ressucitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 908-914. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600005>
- Conselho Português de Ressuscitação. (2020). *Regras dos Cursos ERC*. Conselho Português de Ressuscitação. <https://www.cpressuscitacao.pt/recursos/>
- Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 53-59). Lidel.
- Coutinho, C. (2021). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Decreto-Lei n.º 45/2019 da Presidência do Conselho de Ministros. (2019). Diário da República n.º 64/2019, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/45-2019-121748967>
- Despacho n.º 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Diário da República n.º 174/2022, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Despacho n.º 840/2025 do Ministério da Saúde. (2025). Diário da República n.º 13/2025, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/840-2025-903908158>
- Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Diário da República n.º 198/2018, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. n.º 001/2017, de 8 de fevereiro. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

- Duarte, J., Gonçalves, A., & Sequeira, C. (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. Em M. Néné, & C. Sequeira, *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp. 15-50). Lidel.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2025). *Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde*. Entidade Reguladora da Saúde. <https://www.ers.pt/media/kggdvue2/direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde.pdf>
- Ernstmeyer, K., & Christman, E. (2022). *Nursing Management and Professional Concepts*. Open Resources for Nursing.
- Esteves, C. (2021). Qualidade e Segurança. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 44-50). Lidel.
- Feijó, L. (2020). O Doente Neurocrítico. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 210-220). Lidel.
- Ferreira, A. (2021). Plano de Emergência Externa. Em C. Nelson, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 358-362). Lidel.
- Franco, H., Mendes, L., Estevam, P., Castro, I., Barata, J., & Nunes, L. (2021). A Compreensão da Dignidade para os Estudantes de Enfermagem: Scoping Review. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 117-136. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(1\).451.117-136](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(1).451.117-136)
- Gonçalves, R. (2021). Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional na Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 31-38). Lidel.
- Grasner, J.-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Bottiger, B., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J., Bossaert, L., & Perkins, G. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 61-79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 399-407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Grupo Português de Triagem. (2021). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Princípios Aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de*

- Trabalho*. Grupo Português de Triagem. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>.
- Grupo Português de Triagem. (2025). *Sistema de Triagem de Manchester*. Grupo Português de Triagem. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Guteta, M. (2022). Factors affecting cardiopulmonary resuscitation practice among nurses in Mizan Tepi University Teaching Hospital, Tepi General Hospital, and Gebretsadik Shawo Hospital, Southwest Ethiopia. *Open Access Emergency Medicine*, 165-175. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S350244>
- Haddad, L., & Geiger, R. (2023). *Nursing Ethical Considerations*. StatPearls Publishing.
- Hallmark, B., Brown, M., Peterson, D., Fey, M., Decker, S., Wells-Beede, E., Britt, T., Hardie, L., Shum, C., Arantes, H., Charnetski, M., & Morse, C. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice: Professional Development. *Clinical Simulation in Nursing*, 5-8. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.007>
- Hamal, P., Kunwar, S., Gautam, K., Bhattarai, R., Yadav, R., Lamsal, R., Singh, R., Pathak, S., & Pokhrel, N. (2025). Prevalence, outcome and conduct of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in government hospitals of Nepal. *Plus One*, <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0316950>
- Hsieh, M.-J., Yang, C.-W., Lin, H.-Y., Ko, Y.-C., Chiang, W.-C., Chang, W.-T., & Ma, M. (2025). The effect of different retraining intervals for immediate life support training: A randomized controlled trial. *American Journal of Emergency Medicine*, 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2025.02.026>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa*. Departamento de Formação em Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Manual de Suporte Imediato de Vida*. Departamento de Formação em Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023a). *Relatório de Atividade do CODU & Meios*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024). *Plano de Atividades do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.* Instituto Nacional de Emergência Médica.

- Instituto Nacional de Estatística. (2025, maio 15). *Estatística da Saúde*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=726085251&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Khattab, O., Aljeesh, Y., Awad, H., & Mousa, F. (2025). Impact of Cardiopulmonary Resuscitation Training Program on Emergency Nurses' Performance at Al Aqsa Martyrs Hospital in the Gaza Strip. *Israa University Journal of Applied Science*. <https://doi.org/10.52865/RLJQ8693>
- Leandro, A., Horta, Â., & Dowell, J. (2024). Atuação do Enfermeiro na Reanimação Cardiopulmonar Pediátrica no Brasil: uma Revisão Integrativa. Em M. Praxedes (Coord), *Enfermagem da teoria à prática clínica* (pp. 33-46). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.5272416093>
- Lima, L., Morais, T., & Nogueira, M. (2020). O conhecimento da enfermagem acerca do protocolo de reanimação cardiopulmonar. *Revista Científica de Enfermagem*, 64-74. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.64-74>
- Lobão, C., Sousa, J., & Gonçalves, R. (2024). Dos dados à tomada de decisão do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Em R. Marques, M. Nené, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (pp. 418-427). Lidel.
- Lopes, M. (2021). Modelos de Triagem em Situação de Catástrofe. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 351-357). Lidel.
- Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Machado, H. (2021). Organização e Gestão no Serviço de Urgência. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 3-12). Lidel.
- Magalhães, J. (2021). Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 13-18). Lidel.
- Mar, M., Esteves, N., & Sousa, A. (2020). Satisfação Familiar em Unidades de Cuidados Intensivos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde*, 67-77. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.61>

- Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). A humanização pelo conforto. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (pp. 316-320). Lidel.
- Martins, A., Ribeiro, O., Padilha, J., Martins, M., Vieira, M., & Fernandes, C. (2023). Estrutura da qualidade dos cuidados nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação: percepção dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.318>
- Mbuthia, N., Kagwanja, N., Ngari, M., & Boga, M. (2024). General ward nurses detection and response to clinical deterioration in three hospitals at the Kenyan coast: a convergent parallel mixed methods study. *BMC Nursing*. <http://doi.org/10.1186/s12912-024-01822-2>
- Mendes, A., Henriques, E., Alves, C., Guerreiro, R., Silva, S., Leal, F., Bernardo, F., & Bento, M. (2023). A família da pessoa em situação crítica em Unidade de Cuidados Intensivos: desafios à comunicação e ao registo da informação pelos enfermeiros. *Revista Científica Internacional RevSALUS*, 91-92. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSup.623>
- Ministério da Saúde. (2024). *Plano de Emergência da Saúde: Um Plano de Emergência e Transformação*. Ministério da Saúde.
- Monte, R. (2020). Sedação e Analgesia no Doente Crítico. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 108-121). Lidel.
- Monteiro, J., Poz, M., Meireles, G., Almeida, V., Andrade, M., Querido, D., Christoffel, M., & Figueiredo, A. (2021). Análise dos métodos de avaliação da carga de trabalho de recursos humanos em saúde: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12400>
- Mroczinski, A., Gomes, D., Rosales, R., Lino, R., & Garbuio, D. (2023). Efeito de uma capacitação em reanimação cardiopulmonar no conhecimento, satisfação e autoconfiança na aprendizagem de enfermeiros: estudo quase-experimental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. <https://doi.org/10.5216/ree.v25.74071>
- Mungleng, P., Sharma, K., & Swain, S. (2024). Nurse workload and patient safety in hospital settings: A cross-sectional study. *The Third Voice - Realty and Vision*, 119-125. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13748713>
- Nogueira, A., Gonçalves, J., & Costa, M. (2021). Competências Não Técnicas em Suporte Avançado de Vida: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibero-Americana de*

- Oermann, M., Krusmark, M., Kardong-Edgren, S., Jastrzembski, T., & Gluck, K. (2022). Personalized Training Schedules for Retention and Sustainment of Cardiopulmonary Resuscitation Skills. *Simulation in Healthcare*, 59-76. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000559>
- Oliveira, P., Brito, E., Zancanaro, I., Coelho, L., Orth, L., Rambo, M., Tressoldi, M., Pereira, A., Espindola, R., & Simon, R. (2022). Bioética no atendimento de urgência e emergência: relação médico paciente, desafios e critérios de atendimento. *Revista Thêma et Scientia*, 197-209.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroej_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. Em *Parecer nº10/2017* (p. 1).
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Caracterização dos Serviços de Urgência na Secção Regional do Centro – “Conhecer para Intervir”*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Tomada de Decisão sobre a admissão de Enfermeiros recém-formados em Serviço de Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20797/ce_mceemc_admiss%C3%A3o-de-enfermeiros-rec%C3%A9m-formados-em-servi%C3%A7o-de-medicina-intensiva-e-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros.<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7>

- %C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2025, maio 15). *Estatística dos Enfermeiros: Anuário Estatístico 2024*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial de Saúde. (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*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Ornellas, T., & Monteiro, M. (2022). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://doi.org/10.12707/rvi22055>
- Pareek, M., Parmar, V., Badheka, J., & Lodh, N. (2018). Study of the impact of training of registered nurses in cardiopulmonary resuscitation in a tertiary care centre on patient mortality. *Indian Journal of Anaesthesia*, 381-384. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_17_18
- Penketh, J., & Nolan, J. (2022). In-hospital cardiac arrest: the state of the art. *Critical Care*. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04247-y>.
- Pereira, R., Rosa, J., & Santiago, M. (2022). Precauções Baseadas na Transmissão - para uma Enfermagem promotora da Segurança do Doente Crítico. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 123-140. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5460>
- Portaria n.º 90/2024 da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde de 11 de Março. (2024). Diário da República n.º 50/2024, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/90-2024-854635720>
- Rabello, C., Pozzebon, B., Santos, K., Glass, M., Cruz, T., & Eberhardt, T. (2022). Knowledge of nursing professionals about cardiopulmonary arrest. *Brazilian Journal of Development*, 14167-14179. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-375>
- Ramos, I., Ferreira, J., Lima, A., Santos, C., & Feitosa, A. (2024). Atuação do enfermeiro na parada cardiorrespiratória intra-hospitalar em adultos: uma revisão integrativa. *Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 6249-6270. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-376>

- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República n.º 26/2019, Série II*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República n.º 135/2018, Série II*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Diário da República n.º 131/2022, Série II*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>.
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República n.º 184/2019, Série II*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.
- Reis, D., & Rabiais, I. (2020). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 109-110. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10287>
- Rocha, E. (2020). Indicadores de Qualidade em Unidades de Cuidados Intensivos: Contributos para uma Otimização da Prática. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 26-32). Lidel.
- Rodrigues, R., Magno, M., Covas, S., Castro, V., & Chagas, V. (2021). “Quando ninguém se entende”: conflitos bioéticos num caso real de fim de vida. *Cadernos de Saúde*, 4-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9564>
- Rua, F. (2020). Cuidados Intensivos: do Passado ao Futuro. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 3-6). Lidel.
- Sá, F. (2024). Continuidade do Cuidado em Saúde: Um olhar. *Revista Científica Pensar Enfermagem*, 4-5. <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v28i1.415>
- Santos, A., Amaral, J., Teixeira, L., Ribeiro, R., & Steffens, A. (2023). Evaluation of the Nursing Records about Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Compared to the Utstein Model. *Revista de Atenção à Saúde*. <https://doi.org/10.13037/ras.vol21.e20238562>
- Santos, M., Santos, M., Silva, P., Azinheiro, S., Costeira, C., & Duarte, H. (2024). Conhecimentos teóricos dos enfermeiros sobre suporte avançado de vida nos

- cuidados à pessoa em situação crítica. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://doi.org/10.12707/RVI23.84.32232>
- Şener, A., Çınarlı, T., & Köse, D. (2025). Perceived stress during resuscitation: a scale development study. *BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03144-3>
- Silva, D., & Emídio, M. (2021). Comunicação de Más Notícias. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 423-425). Lidel.
- Silva, R., Ferreira, C., Sá, G., Souto, R., Barros, L., & Galindo-Neto, N. (2022). Preservation of forensic traces by Nursing in emergency services: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3593>
- Silverplats, J., Kallestedt, M.-L., Ang, B., & Stromsoe, A. (2024). Compliance with cardiopulmonary resuscitation guidelines in witnessed in-hospital cardiac arrest events and patient outcome on monitored versus non-monitored wards. *Resuscitation*. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2024.110125>
- Soar, J., Bottiger, B., Carli, P., Couper, K., Deakin, C., Djarv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G., Sandroni, C., & Nolan, J. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 115-151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Sousa, M., & Figueiredo, A. (2021). Os registos de enfermagem nas revistas portuguesas(1958-1998): Um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://doi.org/10.12707/RV20173>
- Teixeira, A. (2021). Enfermagem Baseada na Evidência. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 19-24). Lidel.
- Tomas, N., & Kachekele, Z. (2023). Nurse's Knowledge, Attitudes, and Practice of Cardiopulmonary Resuscitation at a Selected Training Hospital in Namibia: A Cross-Sectional Survey. *SAGE Open Nursing*. <https://doi.org/10.1177/23779608231216809>
- Ventura-Silva, J.M.A., Martins, M.M.F., Trindade, L., Ribeiro, O., Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vicente, D., Faria, A., Carvalho, E., Matana, G., Filho, J., Rocha, L., Neto, L., Fernandes, M., Melo, S., & Cabral, R. (2024). Patients in cardiorespiratory arrest in intra- and

- extra-hospital environments. *Brazilian Journal of Health Review*, 972-994.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-075>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vo, J., Norby, F., Marano, P., Matusov, Y., Reinier, K., Ebinger, J., Halperin, H., & Chugh, S. (2024). Management and prevention of in-hospital cardiac arrest: present and future. *Cardiovascular Health*. <https://doi.org/10.1038/s44325-024-00009-7>
- World Medical Association. (2025). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*, 71-74. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>
- World Stroke Organization. (2025). *Types of stroke*. World Stroke Organization. <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/types-of-stroke>

APÊNDICES

Vânia Daniela Almeida Marques
Abordagem ao Doente com AVC

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade
Iniciativa Angels

angela

ULSAAVE, 2025

AVC – Um problema atual

AVC é uma emergência médica que resulta de uma interrupção no fluxo sanguíneo cerebral.

World Stroke Organization, 2025

Principal causa de morte e incapacidade no mundo.

1 em cada 4 adultos irá sofrer um AVC na sua vida.

Em 2024 foram atendidas na SE 403 ativações da VV AVC (32,2% das admissões da SE)

World Stroke Organization, 2025

AVC – Um problema atual

- Atrasos no tratamento do AVC:

Ausência de protocolos de abordagem ao doente com AVC

Falta de formação e treinos das equipas

Estrutura/recursos inadequados

Donnellan, Sweetman & Shelly, 2013; Venema et al., 2018; Silva et al., 2023

Iniciativa Angels

Dar à vida uma segunda oportunidade!



Objetivo

Melhorar e padronizar os cuidados aos doentes com AVC

Aumentar o número de hospitais preparados para tratar AVC e otimizar a qualidade do tratamento a vítimas de AVC.

Iniciativa Angels, 2025

Iniciativa Angels

1ª Fase: Pré-avaliação do atendimento ao doente com AVC: registos (de todos os profissionais envolvidos no atendimento ao doente com AVC) e observação do circuito de atendimento.

2ª fase:



Consultoria



Formação /
Academia
Angels



Padronização de
cuidados
Protocolos e Kit AVC



Comunidade
Angels



Avaliação
contínua



Reconhecimento

Vânia Marques

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade – Iniciativa Angels

Iniciativa Angels, 2025



ULSAAVE, 2025

Avaliação contínua e reconhecimento

Indicadores de Qualidade	Ouro	Platina	Diamante
Requisitos de registo	Satisfação dos critérios de registo		
% de doentes tratados com tempo porta-agulha < 60 minutos	50%	75%	75%
% de doentes tratados com tempo porta-punção < 120 minutos	50%	75%	75%
% de doentes tratados com tempo porta-agulha < 45 minutos			50%
% de doentes tratados com tempo porta-punção < 90 minutos			50%
% de procedimentos de recanalização da incidência total de AVC isquémico no hospital	5%	15%	25%
% de todos os doentes com AVC submetidos a procedimentos de imagiologia por TAC ou RM	80%	85%	90%
% de todos os doentes com AVC submetidos a rastreio de distúrgia	80%	85%	90%
% de doentes com AVC isquémico que tiveram alta a tomar antiagregantes	80%	85%	90%
% de doentes com AVC com fibrilhação auricular que tiveram alta a tomar anticoagulantes	80%	85%	90%
Doentes com AVC tratados numa unidade de AVC dedicada ou UCI durante a sua estadia no hospital			SIM



Iniciativa Angels, 2025

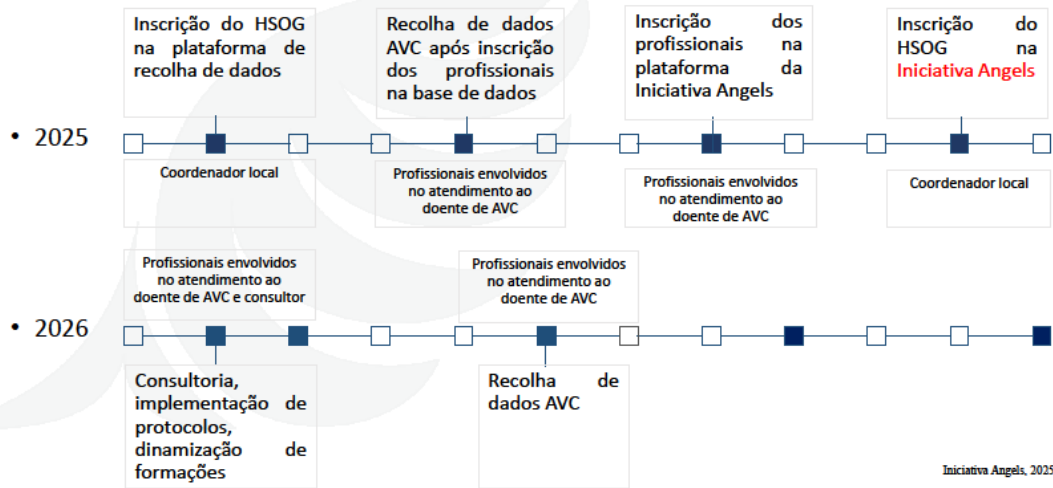
Vânia Marques

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade – Iniciativa Angels



ULSAAVE, 2025

Plano de atividades



Vânia Marques

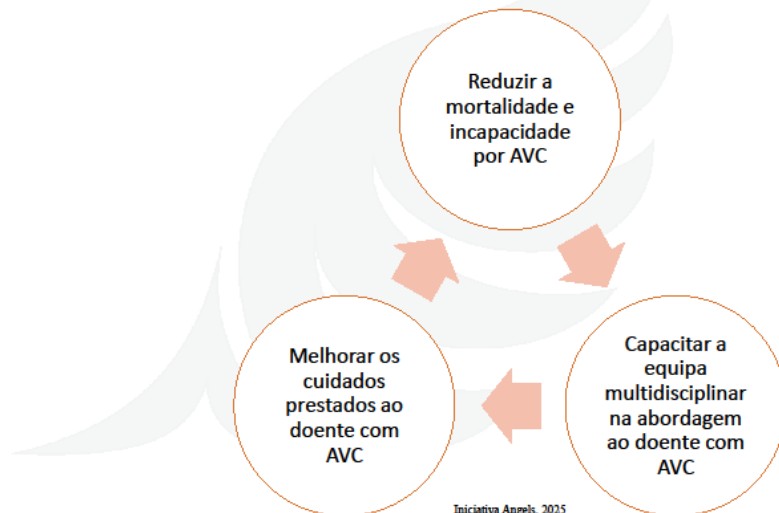
Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade – Iniciativa Angels

Iniciativa Angels, 2025



ULSAAVE, 2025

Pontos a reter...



Iniciativa Angels, 2025

Vânia Marques

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade – Iniciativa Angels

Junte-se hoje à Iniciativa Angels e dê à vida uma oportunidade!

www.angels-initiative.com



ULSAAVE, 2025

Referências Bibliográficas

1. Donnellan, C., Sweetman, S., & Shelley, E. (2013). Implementing clinical guidelines in stroke: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *Health Policy*, pp. 234-244. Doi: 10.1016/j.healthpol.2013.04.002.
2. Iniciativa Angels. (2025). *Iniciativa Angels*. Obtido de Angels a 2 de janeiro de 2025: <https://pt.angels-initiative.com/>
3. Silva, F., Nery, R., Oliveira, M., Silva, V., Lopes, T., Lopes, I., . . . Oliveira, A. (2023). Atraso nos cuidados iniciais de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico e suas consequências: uma revisão integrativa. *RevistaFT*, p. DOI: 10.5281/zenodo.8020975.
4. Venema, E., Boodt, N., Berkhemer, O., Rood, P., Zwam, W., Oostenbrugge, R., . . . Dippel, D. (2018). Workflow and factors associated with delay in the delivery of intra-arterial treatment for acute ischemic stroke in the MR CLEAN trial. *NeuroIntervent Surg*, pp. 424-428. Doi:10.1136/neurintsurg-2017-013198.
5. World Stroke Organization. (2025). *World Stroke Organization*. Obtido de Impact of Stroke a 2 de janeiro de 2025: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke>
6. World Stroke Organization. (2025). *World Stroke Organization*. Obtido de Types of stroke a 2 de janeiro de 2025: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/types-of-stroke>



ULSAAVE, 2025

Estágio curricular - Pré-hospitalar: Casuística de ocorrências

Vânia Marques - Mestrado de Enfermagem Médico - Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

Introdução

O atendimento pré-hospitalar apresenta um papel fundamental na assistência atempada, estabilização e transporte de vítimas de trauma e doença súbita¹.

A análise da casuística das ocorrências no pré-hospitalar é uma ferramenta essencial à tomada de decisão que permite a compreensão das exigências, desafios e necessidades das equipas prestadoras de cuidados².

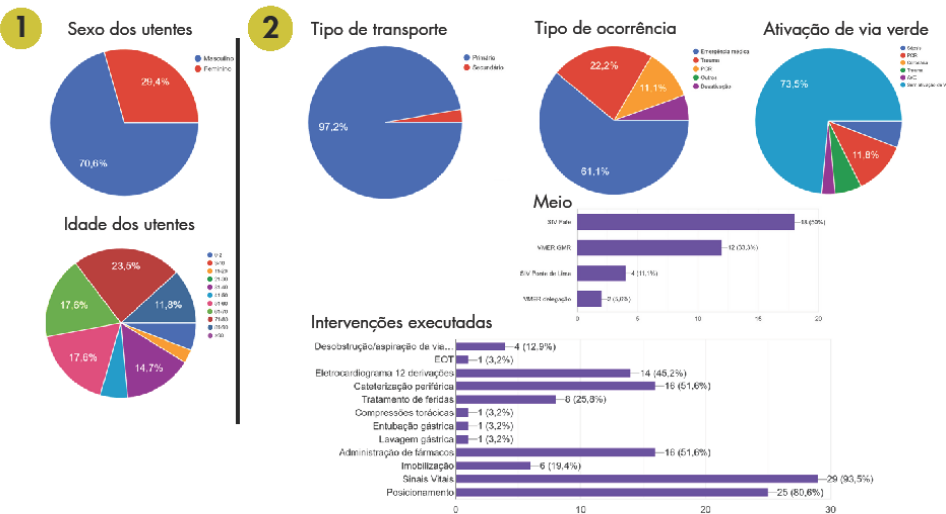
Objetivos

- 1) Conhecer as características sociodemográficas da amostra;
- 2) Conhecer e analisar as características das ocorrências.

Metodologia

- Estudo quantitativo, descritivo, transversal.
- Amostra: indivíduos atendidos durante o estágio curricular pré-hospitalar, entre maio e julho de 2024.
- IRD: criado pela aluna de mestrado.

Resultados



Discussão e Conclusão


A amostra em estudo é maioritariamente do sexo masculino (70,6%) e com mais de 60 anos (52,9%). De entre os meios onde foi efetuado o estágio pré-hospitalar, a SIV de Fafe foi a que apresentou maior número de ativações/ocorrências (50%) facto relacionado com o tempo de permanência neste contexto clínico que foi superior aos restantes meios. O tipo de ocorrência mais frequente foram as emergências médica (61,1%), seguidas dos traumas (22,2%). As quedas foram a tipologia de trauma mais frequente (62,5%) e dentre as emergências médicas as do foro neurológico e cardiovascular foram as que registaram maior número de ativações (27,3% cada) seguidas de emergências respiratórias (22,7%). De entre as intervenções realizadas no local de ocorrência, a avaliação/monitorização de sinais vitais foi a mais realizada, seguida de posicionamento, cateterização periférica e administração de fármacos. A via verde mais frequentemente ativada foi a via verde de PCR contudo, em 73,5% das ativações não houve necessidade de ativação de vias verdes.

O presente estudo permite a compreensão das intervenções especializadas durante o ensino clínico e a consolidação de conhecimentos aliando à práxis a componente investigativa.

Referências Bibliográficas



APÊNDICE III – NORMA DE GESTÃO – VMER GUIMARÃES

	NORMA	Código: VMER GMR Data Elaboração: 2024/06/19 Edição: Revisão:
GESTÃO DE MATERIAL E MEDICAÇÃO		
ÂMBITO: Gestão e coordenação		

1. OBJETIVO:

- Uniformizar os procedimentos relativos à gestão de stock de material e medicação.
- Garantir práticas seguras.

2. DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros e médicos da VMER Guimarães.

3. RESPONSÁVEL:

Coordenador do serviço – VMER Guimarães.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS:

cc – Centímetros Cúbicos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

FIFO – First In/ First Out

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

mg – Miligramas

ml – Mililitros

O2 - Oxigénio

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

5. DESCRIÇÃO:

A. Orientações gerais

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar, especialmente concebido para o transporte rápido de uma equipa constituída por médico e enfermeiro com formação específica em emergência médica e equipado com material para Suporte Avançado de Vida diretamente para o local onde se encontra o doente. Este meio de emergência diferenciado tem base hospitalar e atuam em dependência com o CODU do INEM que de acordo com critérios específicos, operacionalizam a ativação do meio VMER visando dar resposta em tempo útil a doentes críticos, assumindo um papel fundamental na estabilização e transporte de vítimas de trauma ou doença súbita¹.

A gestão de recursos materiais e medicação a nível pré-hospitalar adquire particular importância uma vez que o material que integra a carga da viatura constitui todos os recursos materiais disponíveis

GESTÃO DE MATERIAL E MEDICAÇÃO	Código: VMER GMR Edição:
---------------------------------------	---

nos diferentes cenários de atuação complexos aos quais a equipa VMER deve responder com prontidão². Desta forma, a envolvimento de toda a equipa VMER na gestão e manutenção do material, medicação e equipamentos da carga da viatura deve fazer parte das suas funções³ para que todos os profissionais reconheçam o material de trabalho, a sua disposição e acondicionamento⁴ assegurando uma atuação segura⁵.

Os planos de gestão bem como as listas de verificação do material permitem homogeneizar a prestação de cuidados e simultaneamente priorizar a segurança uma vez que permitem certificar que o contexto de trabalho se encontra em condições recomendadas para a prestação de cuidados⁶.

A presente norma compreende um plano de gestão de material e medicação com envolvimento de toda a equipa, listas de verificação de material necessárias para o efeito e em anexo o plano de atividades semanal para cumprimento por parte de todos os elementos.

B. Informações adicionais

- **Temperaturas**
 - **Frigorífico:** preparado para manter temperatura de 4°C (+/- 1,5°C) podendo a temperatura ser programada na ordem dos 2°C a 8°C.
 - **Aquecedor de soros:** preparado para manter temperaturas de 37°C (+/-1,5°C) ⁷.
- **Cálculo da duração da bala de O2:** $Minutos = \frac{Pressão\ (bar) \times Capacidade\ (l)}{Débito\ (l/min)}$
 - Pressão da garrafa de acordo com o estipulado no manómetro da mesma; capacidade da garrafa (volume total do reservatório); débito a aplicar; resultado expresso em minutos.
 - Recalcular o tempo de duração da bala de O2 sempre que for necessário ajustar o débito administrado e confirmar se existe uma margem de segurança na duração da bala que permita mais tempo de duração da bala de O2 do que o tempo previsto para o transporte.
- **Método de gestão de stocks “FIFO”** – principia que os produtos mais antigos presentes na carga devem ser os primeiros a ser utilizados. Esta técnica possibilita um controlo do material de grande rotatividade, garantindo reduzir a sua perda por deterioração ou expiração de validades⁸.

GESTÃO DE MATERIAL E MEDICAÇÃO

Código: VMER GMR

Edição:

CONFIDENCIAL

GESTÃO DE MATERIAL E MEDICAÇÃO	Código: VMER GMR Edição:
---------------------------------------	---

7. REFERÊNCIAS:

¹ Ministério da Saúde. Despacho n.º 3350/2017. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 78. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3350-2017-106901027>.

² Isidro, M. (2012). Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Intervenções do Enfermeiro. Repositório científico Essatla <http://hdl.handle.net/20.500.12253/915>

³ Amaro, L. (2004). Qualidade em Emergência Pré-hospitalar (Master's thesis, Universidade do Porto). Repositório Aberto UP <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9739>

⁴ Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa prática em Trauma. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf.

⁵ Esteves, A. (2022). A Gestão do Risco no Pré-Hospitalar (Master's thesis, Universidade do Minho). RepositórioUM <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/81641>.

⁶ uMov.me. (2022). *uMov.me*. Obtido de Checklist de equipamento: o que é, importância e tipos: <https://www.umov.me/checklist-de-equipamentos/>

⁷ Frigoríficos Auto. (19 de junho de 2024). *Frigoríficos Auto*. Obtido de Frigorífico Indel B RM7 7Lts Versão Produtos Quentes: <https://frigorificosauto.pt/produto/frigorifico-indel-b-rm7-7lts-versao-produtos-quentes/>

⁸ Rangel Logistics Solutions. (2022). *Rangel Logistics Solutions*. Obtido de FIFO e LIFO: o que são estes dois métodos e para que servem?: <https://www.rangel.com/pt/blog/fifo-e-lifo-para-que-servem/>

8. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

- Registo de validades e checklist diária da carga VMER:
Portal interno HSOG —> Aplicações —> Plataforma Single Sign-On
- Doc. “Plano Semanal de Tarefas”

Elaborado por:	Aprovado por:		Data Revisão
Vânia Marques	Data:	Enf. Coordenador	
	2024/06/19		

CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

Desinfete sempre as vias com clorexidina 2% álcool ou álcool 70% antes de usar o CVC + técnica no-touch

Higienize sempre as mãos antes de manipular o CVC!

Lúmen Distal 16GA

- Nutrição parentérica (sem acesso livre);
- Fluidoterapia com acesso livre para medicação de urgência/emergência (na ausência de NPT);
- Sangue e derivados (apenas devem perfundir em CVC em último recurso).

Lúmen Medial 18GA

- Restantes perfusões.
- Acesso livre para medicação de urgência/emergência (se NPT na via distal).

Lúmen Proximal 18GA

- Fármacos vasoativos e/ ou amiodarona (sem acesso livre).

Todas as vias que não estiverem em uso devem ser mantidas com válvula antirefluxo unidirecional.

As perfusões devem ser distribuídas de forma a evitar lúmens sem perfusões.

Fármacos cujos bólus acidentais tenham repercussão hemodinâmica / neurológica, devem perfundir em vias isoladas.

Após cada utilização, efetue técnica push-pause para lavagem da via. Atenção a bólus indesejados!

AJUDE-NOS A PREVENIR AS INFECÇÕES

Higienize as mãos com solução de base alcoólica disponível nas unidades, antes e após a visita ao seu familiar/ amigo.

Se apresentar febre, diarreia, tosse ou se estiver constipado, aconselhamos que adie a visita até se sentir melhor.

Se espirrar, cubra a boca com um lenço ou cotovelo, descarte o lenço e desinfete as mãos de seguida. Recomendamos o uso de máscara.

Durante a visita não se sente na cama do seu familiar/amigo, não toque noutros doentes ou nos seus pertences.

Siga as recomendações dos profissionais se o seu familiar/amigo se encontrar com medidas adicionais de isolamento.

Fonte: Direção Geral de Saúde

NÃO HESITE EM CONTACTAR

Rua das Sete Fontes
4710 - 243, Braga

Tel. 253 027 000

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BRAGA

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BRAGA



SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

GUIA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA

BEM-VINDO AO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O serviço de Medicina Intensiva (SMI) tem como pilar o tratamento do doente em situação crítica que necessita de cuidados contínuos e especializados.

A admissão no SMI pode ser difícil tanto para o doente como para a sua família/amigos, este guia de acolhimento dar-lhe-á informações úteis acerca do funcionamento do serviço.

O ambiente físico distingue-se pelos seus cuidados diferenciados, equipamentos médicos avançados e acessos limitados.

Durante o internamento, diferentes alarmes poderão ser acionados nos equipamentos, o que não significa necessariamente uma situação de emergência. A equipa de enfermagem está capacitada para interpretar e agir de forma adequada sempre que necessário.



A EQUIPA SMI

No SMI encontrará profissionais disponíveis 24h para prestar cuidados seguros e humanizados ao seu familiar/ amigo garantindo a privacidade e preservando a intimidade durante todo o processo.

O SMI é composto por uma equipa multidisciplinar de:

- Enfermeiros;
- Médicos;
- Técnicos Auxiliares de Saúde.

Todos os profissionais usam o mesmo fardamento.

A equipa encontra-se disponível para o esclarecer em relação aos problemas de saúde e intervenções médicas e de enfermagem.

VISITAS E INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Horário para transmissão de informações clínicas:

- 17h - 19h30

A transmissão de informações clínicas acerca do seu familiar/ amigo será efetuada presencialmente. Situações excecionais deverão ser agilizadas com a equipa SMI.

Aconselhamos que centralize a informação numa única pessoa de referência.

Horário de visitas no SMI:

- 12h - 19h30.

Quando for visitar o seu familiar/ amigo, identifique-se e identifique o seu familiar.

Coloque o telemóvel em silêncio e mantenha a serenidade junto do seu familiar/amigo.

Alertamos que a sua visita poderá ser atrasada ou interrompida mediante a necessidade de prestação de cuidados urgentes. Nesta situação, aguarde calmamente e siga as recomendações dos profissionais.

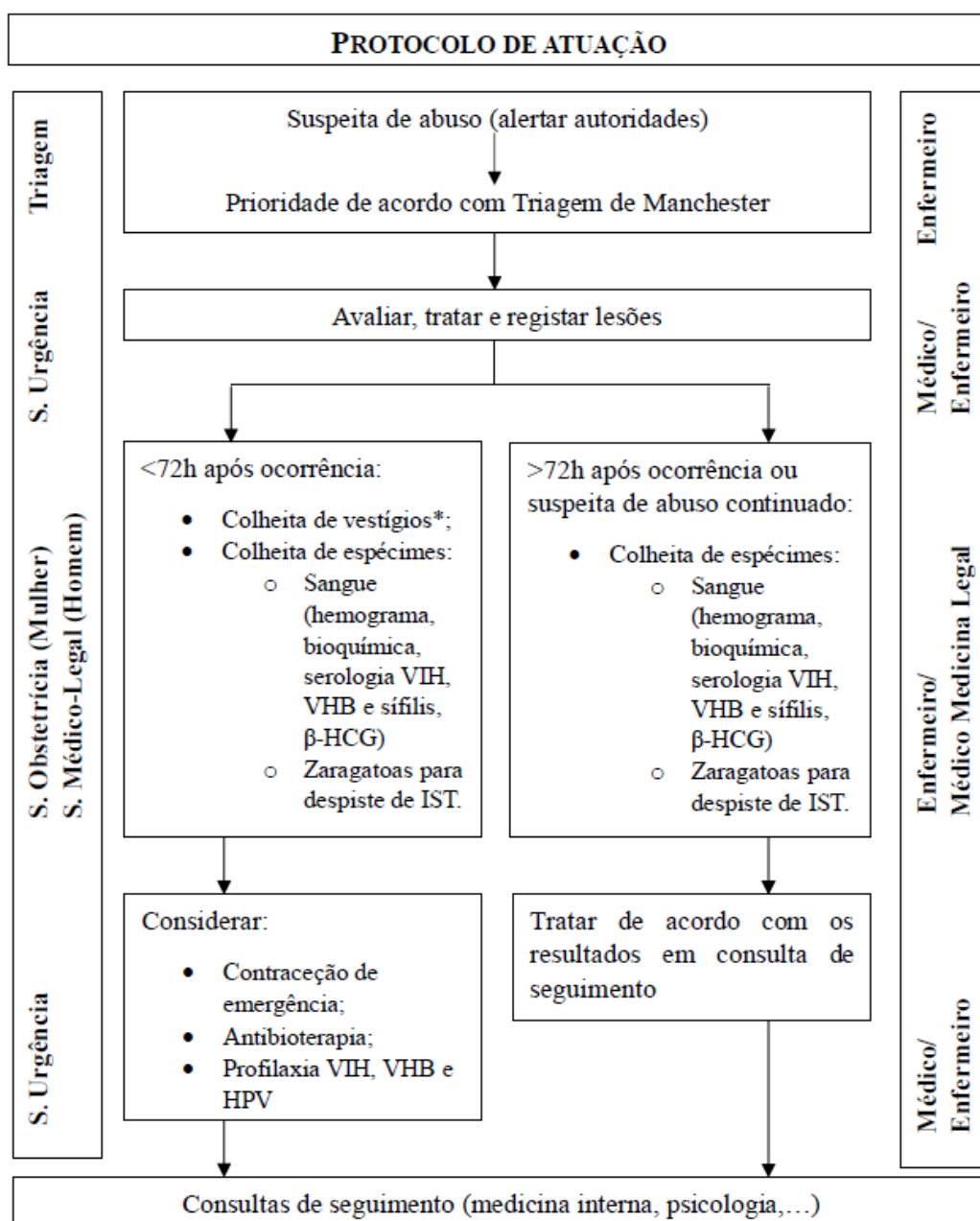
APÊNDICE VI – PROTOCOLO DE ABORDAGEM ÀS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL – SERVIÇO DE URGÊNCIA



PROTOCOLO DE ABORDAGEM À VÍTIMA DE ABUSOS SEXUAIS

Guimarães, 2025

PROTOCOLO DE ABORDAGEM À VÍTIMA DE ABUSOS SEXUAIS



CHECKLIST DE COLHEITA DE VESTÍGIOS

Etapas	Ação
1	Encaminhar vítima para sala de trauma com profissional de saúde do mesmo sexo
	Colheita de vestígios não pode atrasar tratamento de lesões ameaçadoras de vida
2	Vestir equipamento de proteção individual
3	Estender lençol esterilizado no chão
4	Descalçar vítima e pedir-lhe para se manter sob o lençol esterilizado
5	Acondicionar cada sapato em sacos diferentes de papel apropriados para o efeito ¹
6	Despir utente sobre o lençol
	Proceder ao registo fotográfico das lesões após consentimento da vítima
7	Acondicionar cada peça de roupa em sacos diferentes de papel apropriados para o efeito ¹
8	Identificar e selar cada saco de recolha de vestígios com etiqueta com nome, data de nascimento e nº de processo do doente
9	Colher espécimes das unhas e cabelo da vítima
10	Acondicionar espécimes em sacos diferentes de papel apropriados para o efeito ¹
11	Identificar e selar cada saco de recolha de vestígios com etiqueta com nome, data de nascimento e nº de processo do doente
12	Identificar e selar cada saco de recolha de vestígios com etiqueta com nome e nº de processo do doente
13	Providenciar pijama do hospital ao utente
14	Registar lesões e procedimentos no sClínico
15	Encaminhar vítima para avaliação médica

¹ Na ausência de sacos de papel apropriados para o efeito, recorrer a rolo de papel de proteção das macas para envolver o material colhido e colocar dentro de um saco disponível

- Como proceder ao registo fotográfico? Com o quê?

KIT DE ABORDAGEM À VÍTIMA DE ABUSOS

Produto	Quantidade
Sacos de papel/envelopes tamanho grande	10
Sacos de papel/ envelopes tamanho pequeno	5
Tubos de hemograma	2
Tubos de bioquímica	2
Zaragatoas secas	5
Cateter 18G	1
Cateter 20G	1
Adaptador de colheita	1
Válvula antirefluxo	1
Penso de cateter	1
Lençol esterilizado	1
Kit de proteção individual (bata, óculos, máscara, proteção de cabelo, proteção para calçado)	1
Cuecas descartáveis	1
Pijama	1
Folhetos informativos de apoio à vítima	1

NOTA: Etiquetas com identificação da vítima para todos os sacos de colheita de vestígios e espécimes

REFERÊNCIAS

- Gomes, A. (2021). Enfermagem Forense no Serviço de Urgência. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 401-410). Lidel.
- Sociedade de Infecçologia Pediátrica. (2013). Recomendações para a profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis na criança de adolescente vítima de abuso sexual.
- Vieira, P. (2016). Abuso sexual - Protocolos Hospitalares no Serviço de Urgência. [*Master's Thesis: Univesidade do Porto*]. Repositório Aberto da Univesidade do Porto: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/90541/2/171043.pdf>.

O uso de luvas não é suficiente

HIGIENIZE SEMPRE AS MÃOS



1 Antes do contacto com o paciente

2 Antes da realização de procedimentos limpos/ asséticos

3 Após a exposição aos fluídos corporais

4 Após o contacto com o paciente

5 Após o contacto com as áreas próximas ao paciente



Duração total do procedimento: 20-30 seg.

SIV Fafe

APÊNDICE VIII – OPERACIONALIZAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Tipo de Variável	Variável	Operacionalização	Categorização
Independentes	Tempo de Experiência Profissional	Tempo de experiência profissional expresso em anos completos.	1. 0 a 5 anos; 2. 6 a 10 anos; 3. 11 a 15 anos; 4. 16 a 20 anos; 5. 21 ou mais anos.
	Serviço onde exercem funções	Serviço hospitalar onde o enfermeiro exerce funções.	1. Internamento de Medicina Interna; 2. Serviço de Urgência; 3. Internamento Cirúrgico/Ortopédico; 4. Medicina Intensiva; 5. Bloco Operatório; 6. Cuidados Intermédios; 7. Internamento e Intensivos de Cardiologia.
	Situação Profissional	Situação profissional atual do enfermeiro.	1. Enfermeiro; 2. Enfermeiro com título de especialista; 3. Enfermeiro gestor ou com funções de chefia.
	Formação em SBV e/ou SAV	Certificação válida nos cursos de Suporte Básico de Vida e/ou Suporte Avançado de Vida.	SBV: 1. Sim; 2. Não. SAV: 1. Sim; 2. Não.

<p style="text-align: center;">Dependente</p>	<p>Dificuldades percebidas pelos enfermeiros em RCP-IH - Escala da Percepção das Dificuldades na Assistência à PCR Intra-hospitalar (EPDAPI) de Catalão e Gaspar, 2017</p>	<p>Escala tipo Likert, composta por 33 itens que abrangem 5 dimensões: atuação em RCP; competência para a tomada de decisão em RCP; resposta em tempo útil à PCR; detecção, alerta e resposta à PCR; ativação da ajuda diferenciada à PCR.</p> <p>Pontuações mais elevadas e próximas de 5, correspondem menor dificuldade percebida. Pontuações mais baixas, mais próximas de 1, correspondem a maior dificuldade percebida.</p>	<p>1. Valor 1 corresponde a "discordo totalmente";</p> <p>2. Valor 2 corresponde a "discordo parcialmente";</p> <p>3. Valor 3 corresponde a "não concordo nem discordo";</p> <p>4. Valor 4 corresponde a "concordo parcialmente";</p> <p>5. Valor 5 corresponde a "concordo totalmente".</p>
--	--	---	--

Reanimação Cardiopulmonar Intra-hospitalar: Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros

A paragem cardiorrespiratória é uma situação emergente e complexa que exige, por parte dos profissionais de saúde, uma resposta segura e coesa em termos de conhecimentos científicos. A reanimação cardiopulmonar de alta qualidade como resposta à paragem cardiorrespiratória pode ditar o prognóstico e sobrevivência do doente. Assim, surge a necessidade de **analisar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar**.

Este questionário enquadra-se no âmbito de uma dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica do Instituto Politécnico de Bragança. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos, sendo realçado que as respostas dos participantes são **anónimas e confidenciais** e representam a sua opinião individual.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso, **deve responder de forma espontânea e sincera a todas as questões**.

Reconheço o objetivo do estudo e autorizo a colheita de dados para fins de investigação. *

- Sim
- Não

Já alguma vez presenciou/ assistiu numa paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar? *

- Sim
- Não

Sexo *

- Masculino
- Feminino

Idade (anos completos) *

Tempo de experiência profissional (anos completos) *

- 0 - 5 anos
- 6 - 10 anos
- 11 - 15 anos
- 16 - 20 anos
- 21 anos ou mais

Situação profissional atual *

- Enfermeiro
- Enfermeiro com título de especialista
- Enfermeiro gestor ou com funções de chefia

Serviço onde exerce funções *

- Serviço de Urgência
- Serviço de Medicina Intensiva
- Unidade de Cuidados Intermédios
- Serviço de Internamento de Medicina Interna
- Serviço de Internamento de Cirurgia
- Serviço de Internamento de Ortopedia
- Bloco Operatório
- Internamento e Intensivos de Cardiologia
- Outra:

Formação atual em SAV *

- Sim
- Não

Formação atual em SBV *

- Sim
- Não

Escala de Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-hospitalar (Catalão & Gaspar, 2017).

Classifique cada uma das afirmações de acordo com o seu grau de concordância.

*

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
No seu serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No seu serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SAV.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No seu serviço, consegue monitorizar um doente/vítima em 90 segundos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No seu serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados.

Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas.

Todos os profissionais tomam conhecimento, simultaneamente, de que um evento de PCR está a ocorrer (ex. uso de campainha com alarme sonoro; uso de palavra código "Paragem" em projeção de voz).

Quando solicita a ajuda diferenciada, para o serviço de apoio referenciado (ex. S.Urgência), é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone.

Depois de solicitada a ajuda diferenciada, esta chega ao local do evento de PCR, em menos de 4 minutos.

A ajuda diferenciada está familiarizada com as guidelines do SBV e do SAV em vigor.

A ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima de PCR, após RCP, em serviço de UCI ou S.Urgência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O nº da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um nº de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldades em manusear o monitor desfibrilhador com segurança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habitualmente utiliza o monitor desfibrilhador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhece os fármacos de reanimação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza regularmente os fármacos de reanimação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de RCP, em pelo menos um doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhece todos os materiais do carro de emergência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Manuseia, sem dificuldade, todos os materiais do carro de emergência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhece a Escala de Coma de Glasgow.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Num sítio inesperado (ex. elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando colabora na assistência a um doente/ Vítima em PCR executa os procedimentos com nervosismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR.

Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR.

Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança.

Enviar

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADOS DE FREQUÊNCIA EM FORMAÇÃO

ANGELS INITIATIVE 

CERTIFICATE OF COMPLETION

THE ANGELS INITIATIVE CERTIFIES THAT

Vânia Daniela Almeida Marques
NAME

07/12/2024
DATE

SUCCESSFULLY COMPLETED HYPER ACUTE PHASE WITH A DURATION OF **2** HOURS


JAN VAN DER MERWE
Co-Founder - The Angels Initiative


THOMAS FISCHER
Co-Founder - The Angels Initiative

WORKING TOGETHER
to save lives

Angels e-learning certificates_PDF_EN_20206.V02

Angels Initiative is a non-promotional, health care project of Boehringer Ingelheim International GmbH to support the ESC/ESO in implementing their main goal, to improve stroke care around the world.



ANGELS INITIATIVE 

ANGELS NIHSS ONLINE COURSE

THIS IS TO CERTIFY THAT

Vânia Daniela Almeida Marques
NAME

12/7/2024
DATE

SUCCESSFULLY COMPLETED THE ANGELS NIHSS ONLINE COURSE


JAN VAN DER MERWE
Angels Project Lead


THOMAS FISCHER
Angels Project Lead

LET'S CONTINUE TO WORK TOGETHER EVERY DAY TO SAVE **100,000 lives.**

Created in e-learning



POWERED BY GlobalLink WEB

ANGELS INITIATIVE 

CERTIFICATE OF COMPLETION

THE ANGELS INITIATIVE CERTIFIES THAT

Vânia Daniela Almeida Marques
NAME

07/12/2024
DATE

SUCCESSFULLY COMPLETED STROKE BASICS FOR NURSES WITH A DURATION OF **16** HOURS


JAN VAN DER MERWE
Co-Founder - The Angels Initiative


THOMAS FISCHER
Co-Founder - The Angels Initiative

WORKING TOGETHER
to save lives

Angels e-learning certificates_PDF_EN_20206.V02

Angels Initiative is a non-promotional, health care project of Boehringer Ingelheim International GmbH to support the ESC/ESO in implementing their main goal, to improve stroke care around the world.





Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Certifica-se que **VANIA DANIELA ALMEIDA MARQUES**, natural de Creixomil, nascido(a) a 29/10/1995, nacionalidade Portugal, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º 14868037-2ZX5, válido até 22/01/2031, frequentou de 20-02-2025 a 20-02-2025, num total de 3,5 hora(s), o curso de Formação Profissional:

Tratamento de Feridas Com Terapia de Pressão Negativa

Guimarães, 28 de Fevereiro de 2025

PeFO Centro Académico e de Formação

Julietta Capacho
Julietta Capacho

Certificado Nº 71 / 2025



GRUPO DE FORMAÇÃO (Instituição para a Promoção e o Apoio à Formação Profissional) | Rua do Colégio, Creixomil, 4131-814 CREIXOMIL | NIF 50800027

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto nº 9.786/2018 / de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto nº 9.784/2018 / de 26 de Janeiro

Reanimação de Alto Desempenho

Certifica-se que Vânia Marques

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Reanimação Alto Desempenho em 24 de junho de 2024 , com a duração de 2 horas.

O Diretor de Formação em Emergência Médica

T. V. G. (Teresa Pinho)

Certificado nº 2024/00122 Vânia Marques

Modelo 04 05/23



FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto nº 9.786/2018 / de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto nº 9.784/2018 / de 26 de Janeiro

Via Verde de Trauma

Certifica-se que Vânia Marques

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde Trauma em 25 de junho de 2024 , com a duração de 2 horas.

O Diretor de Formação em Emergência Médica

T. V. G. (Teresa Pinho)

Certificado nº 2024/00123 Vânia Marques

Modelo 04 05/23



FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto nº 9.786/2018 / de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto nº 9.784/2018 / de 26 de Janeiro

Aprender sobre a Violência Doméstica e Maus-Tratos Infantis

Certifica-se que Vânia Marques

Concluiu com aproveitamento o curso de Formação Aprender sobre Violência Doméstica e Maus-Tratos Infantis em 31 de maio de 2024 com a duração de 1 hora.

O Diretor de Formação em Emergência Médica

T. V. G. (Teresa Pinho)

Certificado nº 2024/00124 Vânia Marques

Modelo 04 05/23



FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto nº 9.786/2018 / de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto nº 9.784/2018 / de 26 de Janeiro

Via Verde AVC - Edição 2022

Certifica-se que Vânia Marques

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde AVC - Edição 2022 em 8 de junho de 2024 , com a duração de 2 horas.

O Diretor de Formação em Emergência Médica

T. V. G. (Teresa Pinho)

Certificado nº 2024/00125 Vânia Marques

Modelo 04 05/23



ANEXO II – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE POSTER CIENTÍFICO NAS JORNADAS
TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA



**IX JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA**



**RESSUSCITAÇÃO
DO DOENTE CRÍTICO**

Do Órganelo à Família

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o trabalho **PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO PERIFÉRICO**, elaborado por **Vânia Marques; Simão Ribeiro; António Gomes**, foi apresentado como **Poster Digital**, nas IX Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, que decorreram a 07 e 08 de novembro de 2024, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 08 de novembro de 2024

Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

Patrocínio Científico



MUNICÍPIO DE
SÃO JOSÉ



Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos
Medicina Intensiva

[RER] Agradecimento pela submissão



noreply@rcaap.pt

para mim ▾



Vânia Marques,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar: um estudo descritivo e correlacional" à revista Revista de Enfermagem Referência. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/authorDashboard/submission/>

Nome de utilizador: `

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Tereza Barroso (Editora-Chefe)

[Revista de Enfermagem Referência](#)

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Avenida Bissaya Barreto s/n, 3004-011 - Coimbra

Telefone: +351 239 487 255 | E-mail: referencia@esenfc.pt

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA EPDAPI

Tese de mestrado - Pedido de autorização



Vânia Marques

Exma senhora enfermeira Maria José Catalão, O meu nome é Vânia Marqu... 



Maria José Catalão ...

para mim ▼



Boa dia Sra Enfermeira Vânia Marques

Temos todo o gosto e interesse que possa utilizar a Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra- Hospitalar (EPDAPI) e agradecemos o interesse demonstrado.

Para tal deverá citar os autores (Catalão e Gaspar, 2017) e listar em Referencias Bibliográficas como:

Catalão,MJM & Gaspar, P. (2017). Dificuldades na assistência à paragemcardiorrespiratória intra-hospitalar: a perceção dos profissionais de saúde. INConstruindo conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. 1ª Edição:setembro de 2017, Publisher: © Unidade de Investigação em Saúde, EscolaSuperior de Saúde de Leiria | Instituto Politécnico de Leiria. ISBN:978-989-99793-8-3.

Continuação de um bom trabalho
Com os melhores cumprimentos
Maria José Catalão



ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE E PARECER DO CENTRO ACADÉMICO E DE FORMAÇÃO DA ULSSAAVE



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DECISION OF THE ETHICS COMMITTEE FOR HEALTH

REFERÊNCIA / REFERENCE	139 / 2024 – CAF
TÍTULO / TITLE	<i>Reanimação Cardiopulmonar Intra-hospitalar: Dificuldades dos Enfermeiros</i>
TIPOLOGIA / STUDY TYPE	<i>Trabalho Académico de Investigação / Academic Research Project</i>
ALUNO STUDENT	<i>Vânia Daniela Almeida Marques, aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e enfermeira na Unidade de AVC / Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina na ULSSAAVE.</i>
INVESTIGADOR RESPONSÁVEL NA ULSSAAVE SUPERVISOR INVESTIGATOR AT ULSSAAVE	<i>Não Aplicável / Not Applicable</i>
INVESTIGADOR RESPONSÁVEL NA INSTITUIÇÃO EXTERNA (ORIENTADOR) SUPERVISOR INVESTIGATOR AT EXTERNAL INSTITUTION	<i>Ana Rita Gonçalves, professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.</i>
OUTROS INVESTIGADORES OTHER INVESTIGATORS	<i>Não Aplicável / Not Applicable</i>
PROMOTOR / SPONSOR	<i>Não Aplicável / Not Applicable</i>

PARECER POSITIVO POSITIVE CONSIDERATION	29 de outubro de 2024 29 October 2024
<p>Analisado o Trabalho Académico de Investigação, a Comissão de Ética para a Saúde não tem nada a opor à execução do referido projeto desde que:</p> <ol style="list-style-type: none">Cumpra os requisitos da Encarregada de Proteção de Dados da ULSSAAVE. <p><i>Having analysed the Academic Research Project, the Ethics Committee for Health has nothing to oppose to the execution of the mentioned project as long as:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><i>It fulfils the requirements of ULSSAAVE's Data Protection Officer.</i>	



Dr. João Lima Reis

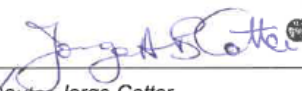
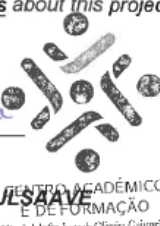
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ULSSA

President of the Ethics Committee for Health – ULSSA



PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO ACADÉMICO E DE FORMAÇÃO
DECISION OF THE COORDINATOR OF THE ACADEMIC AND TRAINING CENTRE

REFERÊNCIA / REFERENCE	139 / 2024 – CAF
TÍTULO / TITLE	Reanimação Cardiopulmonar Intra-hospitalar: Dificuldades dos Enfermeiros
TIPOLOGIA / STUDY TYPE	Trabalho Académico de Investigação / Academic Research Project
ALUNO STUDENT	Vânia Daniela Almeida Marques, aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e enfermeira na Unidade de AVC / Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina na ULSSAAVE.
INVESTIGADOR RESPONSÁVEL NA ULSSAAVE SUPERVISOR INVESTIGATOR AT ULSSAAVE	Não Aplicável / Not Applicable
INVESTIGADOR RESPONSÁVEL NA INSTITUIÇÃO EXTERNA (ORIENTADOR) SUPERVISOR INVESTIGATOR AT EXTERNAL INSTITUTION	Ana Rita Gonçalves, professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
OUTROS INVESTIGADORES OTHER INVESTIGATORS	Não Aplicável / Not Applicable
PROMOTOR / SPONSOR	Não Aplicável / Not Applicable

AVALIAÇÃO DA EXEQUIBILIDADE E DE MÉRITO CIENTÍFICO EVALUATION OF VIABILITY AND SCIENTIFIC MERIT	29 de outubro de 2024 29 October 2024
<p>Estudo com interesse clínico e académico, pelo que, nada a opor ao presente projeto. The study has both clinical and academic interest, so there are no concerns about this project.</p> <p style="text-align: center;">  Prof. Doutor Jorge Cotter Coordenador do Centro Académico e de Formação da ULSSAAVE Coordinator of the Academic and Training Centre – ULSSAAVE </p> <p style="text-align: right;">  CENTRO ACADÉMICO E DE FORMAÇÃO da Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Guimarães </p>	