

PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 126/2021

Assunto: Autonomia do enfermeiro no uso de desfibrilhador

1. QUESTÃO COLOCADA

"(...) Sou Enfermeiro, neste momento a exercer funções no Serviço de Urgência, tendo-me surgido uma dúvida relativamente à área na qual trabalho. (...) Gostaria de saber qual a autonomia que um profissional de enfermagem tem no uso do Monitor Desfibrilhador (Ex: Lifepack), uma vez que a nossa atuação no momento de desfibrilhar perante uma PCR poderá incluir a necessidade de administração de um choque.

Assim, o Enfermeiro tem autonomia para avaliar o tipo de ritmo associado à PCR? E caso se depare com uma TVSP ou um FV terei autonomia para desfibrilhar a uma julagem adequada segundo o que nos dizem as Guidelines de modo a tentar reverter a PCR sem a presença de médico?"

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1. Da regulação profissional

A profissão de enfermagem rege-se por um quadro de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de acção e que está assente nos seguintes pilares: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que se constitui um documento essencial para a prática do exercício profissional de enfermagem, porque salvaguarda, no essencial, os aspectos que permitem a cada enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde com autonomia (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) e a Deontologia Profissional, publicada no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro) e onde é claro que *"Todos os enfermeiros membros da Ordem têm os direitos e os deveres decorrentes do presente Estatuto e da legislação em vigor (...)"* (artigo 95.º do EOE). São também documentos constitutivos do quadro de referência, o Regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, os vários Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista por cada área de especialidade e os respectivos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e dos Cuidados de Enfermagem Especializados.

No âmbito das intervenções de enfermagem, o REPE refere, entre outras, que os enfermeiros *"Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais"* (alínea c, n.º 4, artigo 9.º do REPE) e que *"em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais"* (alínea e, n.º 4, artigo 9.º do REPE).



PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 126/2021

No que se refere à deontologia profissional, os enfermeiros têm o direito de *“Exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem”* (alínea a, n.º 1, artigo 96º do EOE) e o dever de *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (alínea a, n.º 1, artigo 97º do EOE) e de *“Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”* (alínea c, artigo 100º do EOE).

O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever, entre outras, de se co-responsabilizar pelo atendimento do utente em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento (alínea a, artigo 104.º do EOE). Há a realçar que o enfermeiro assume, também, o dever de, entre outras responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega (alínea b, artigo 100.º do EOE).

2.2. Do Serviço de Urgência

A Rede de Serviços de Urgência (RSU), importante estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), integra vários níveis de resposta: a) Serviço de Urgência Básica (SUB), b) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e c) Serviço de Urgência Polivalente (SUP), por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de Agosto).

O SUB é o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, constituindo-se um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e, ainda, de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade e que exijam posterior transferência para um nível de cuidados mais diferenciados. O SUMC, segundo nível de acolhimento das situações de urgência, é a forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referencia para o SUP as situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência que deve, ainda, oferecer uma resposta de proximidade à população da sua área de influência.

Realça-se que a Direcção Geral da Saúde (DGS) determinou, em 2015, a obrigatoriedade de toda a RSU implementar um sistema de triagem de prioridades com recurso ao sistema de triagem de Manchester (Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018 da DGS¹). Nesta Norma, a DGS refere que “Os serviços de

¹ Revoga a Norma n.º 002/2015 de 23/10/2015 da DGS

PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 126/2021

urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester” (p. 1).

O Despacho n.º 10319/2014, de 11 de Agosto realça os recursos humanos e a formação dos vários profissionais que exercem a sua actividade profissional em qualquer SU. Assim, relativamente aos médicos e enfermeiros, a formação e o currículo dos profissionais de atendimento da rede nos SUB, no SUMC e no SUP devem obrigatoriamente contemplar: (i) formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), (ii) formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma (SAVT), (iii) formação em ventilação e controle hemodinâmico, (iv) formação em transporte de doentes críticos, (v) formação em vias verdes e (vi) formação em comunicação e relacionamento em equipa, gestão de stress e de conflitos, comunicação do risco e transmissão de más notícias.

2.3. Do Suporte Avançado de Vida

A história do SAV remonta ao século XVIII com a recomendação da *Paris Academy of Science* para efectuar “respiração boca-a-boca” em caso de afogamento e ao século XIX com a primeira indicação de compressões torácicas. O início do século XX foi marcado pelo primeiro registo de Suporte Básico de Vida (SBV) com sucesso, seguindo-se anos de evolução no estudo, na pesquisa e na prática de SBV. Em 1947 ocorre a primeira desfibrilhação (directa) de sucesso e em 1956 a desfibrilhação externa. Em 1963 é criado o *American Heart Association's (AHA) CPR Committee*, iniciando-se recomendações para práticas standardizadas.

Na década seguinte são desenvolvidas as primeiras *guidelines* de SAV, sendo publicadas pela AHA em 1975. Em 1988, é criado o *European Resuscitation Council (ERC)*, tendo um rápido crescimento e expansão. Em 1992 decorre o 1º Congresso do ERC e simultaneamente a criação da *International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)*, após proposta da AHA para cooperação internacional. Surge, então, uma metodologia de colaboração entre os principais conselhos de ressuscitação do mundo e de consensos internacionais, com publicação periódica de novas *guidelines*. As *guidelines* mais recentes foram publicadas pela AHA em 2020 e pela ERC em 2021. Nos comités de elaboração e revisão das *guidelines*, estão incluídos vários profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros.

A AHA sustenta a realização de SAV apenas por profissionais de saúde qualificados e treinados, nomeadamente médicos e enfermeiros. Por outro lado, a ERC afirma que todos os funcionários de uma unidade hospitalar devem estar aptos a identificar uma paragem cardio-respiratória (PCR), pedir ajuda, iniciar SBV e desfibrilhar, especificando que a desfibrilhação com desfibrilhador automático externo (DAE) é recomendada como competência de todos os funcionários de uma unidade hospitalar, e a desfibrilhação manual uma competência dos profissionais de saúde habilitados e treinados em SAV.

PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 126/2021

A cadeia de sobrevivência, sustentada em evidência científica, aponta para a igual importância do reconhecimento precoce de uma PCR, pedido de ajuda, SBV, desfibrilhação precoce, SAV precoce e cuidados pós-reanimação. Um estudo comparativo recente que envolveu 35000 doentes, sustentou as mais recentes *guidelines* e demonstrou a associação entre SAV precoce e a melhoria do *outcome* na alta hospitalar com aumento da taxa de sobrevivência (Kurz *et al.*, 2018).

Em contexto de PCR intra-hospitalar, a recomendação é para que em menos de 3 minutos, se reconheça a PCR, inicie o SBV e proceda a desfibrilhação. O SAV deve ser iniciado o mais precocemente possível. A desfibrilhação em 3 a 5 minutos após colapso do doente, possibilita taxas de sobrevivência até 50 a 70% (Berdowski *et al.*, 2011; Valenzuela *et al.*, 2000; Ringh *et al.*, 2015; Kitamura *et al.*, 2016; Kurz *et al.*, 2018). Cada minuto de atraso na aplicação da desfibrilhação reduz em 10 a 12% a possibilidade de sobrevivência.

A pessoa que identifica/presencia a PCR, em contexto intra-hospitalar, pode ser um elemento não clínico ou um profissional de saúde com competências em SAV. Independentemente do profissional, a acção inicial é reconhecer a PCR, pedir ajuda, iniciar SBV imediatamente e facilitar a rápida desfibrilhação.

A desfibrilhação é uma componente vital da reanimação, pelo seu potencial para terminar com fibrilhação ventricular / taquicardia ventricular sem pulso (FV/TVsP) e conseguir a recuperação de circulação espontânea. Segundo a ERC, a desfibrilhação está indicada em cerca de 20% de todas as PCR. Como a eficácia da desfibrilhação diminui com o tempo e duração do ritmo desfibrilhável, a desfibrilhação deve ser o mais precoce possível. A competência de utilização de desfibrilhador (manual ou automático) é a chave para efetuar SAV e os profissionais de saúde que usem um desfibrilhador, devem otimizar o seu desempenho para demorar menos de 5 segundos para reconhecer o ritmo desfibrilhável e tomar a decisão de aplicar um choque, no sentido de minimizar a interrupção de compressões. Atrasar o início do tratamento reduz a probabilidade de *outcome* com sucesso. A desfibrilhação pode ser realizada por enfermeiro com formação e treino em SAV.

A desfibrilhação deve ser atendida assim que o desfibrilhador se encontrar disponível, o mais precocemente possível em caso de ritmo desfibrilhável (FV/TVsP), respeitando as cargas recomendadas pelo fabricante (e de acordo com as *guidelines*), a segurança da equipa e a maximização das compressões.

3. CONCLUSÃO

Face ao exposto considera o Conselho de Enfermagem que:

- 3.1. A qualidade e segurança dos cuidados de saúde, deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais de saúde e dos gestores das instituições de saúde.

**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM
N.º 126/2021**

- 3.2. Em termos legais, o enfermeiro respeita os deveres previstos na Deontologia Profissional e nos regulamentos do exercício da profissão, que enfocam a boa prática dos cuidados de Enfermagem.
- 3.3. O enfermeiro tem uma actuação de complementaridade funcional com outros profissionais de saúde, dotada de igual dignidade e autonomia de exercício profissional, co-responsabilizando-se pelo atendimento do utente em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento.
- 3.4. Em situações de emergência, o enfermeiro deve agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais, responsabilizando-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica.
- 3.5. O enfermeiro que exerça a sua actividade profissional num SU, independentemente do nível deste, deve ter formação em SAV.
- 3.6. Numa situação em que o enfermeiro (com formação e treino em SAV) identifique um utente inconsciente e, não estando presente o médico, deve actuar de acordo com as *guidelines* de SAV intra-hospitalar, isto é, deve:
- chamar ajuda;
 - avaliar o utente, verificando se existem sinais de vida;

No caso de o utente estar em PCR, deve:

- accionar equipa de reanimação,
- iniciar suporte básico de vida,
- monitorizar o utente
- desfibrilhar, em caso de ritmo desfibrilhável (TVsP ou FV).

BIBLIOGRAFIA

Assembleia da República (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16

Berdowski, J., Blom, M. T., Bardai, A., Tan, H. L., Tijssen, J. G., & Koster, R. W. (2011). Impact of onsite or dispatched automated external defibrillator use on survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation*, 124(20), 2225–2232. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.015545>

European Resuscitation Council (2021). New ERC Guidelines. Disponível em <https://cprguidelines.eu/>



**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM
N.º 126/2021**

Kitamura, T., Kiyohara, K., Sakai, T., Matsuyama, T., Hatakeyama, T., Shimamoto, T., Izawa, J., Fujii, T., Nishiyama, C., Kawamura, T., & Iwami, T. (2016). Public-Access Defibrillation and Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Japan. *The New England Journal of Medicine*, 375(17), 1649–1659. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1600011>

Kurz, M. C., Schmicker, R. H., Leroux, B., Nichol, G., Aufderheide, T. P., Cheskes, S., Grunau, B., Jasti, J., Kudenchuk, P., Vilke, G. M., Buick, J., Wittwer, L., Sahn, R., Straight, R., Wang, H. E., & ROC Investigators (2018). Advanced vs. Basic Life Support in the Treatment of Out-of-Hospital Cardiopulmonary Arrest in the Resuscitation Outcomes Consortium. *Resuscitation*, 128, 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.04.031>

Ministério da Saúde (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro e alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Diário da República n.º 205, série I-A de 1998-04-21.

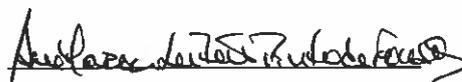
Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de Agosto. Diário da República n.º 153, Série II de 2014-08-11.

Ringh, M., Rosenqvist, M., Hollenberg, J., Jonsson, M., Fredman, D., Nordberg, P., Järnbert-Pettersson, H., Hasselqvist-Ax, I., Riva, G., & Svensson, L. (2015). Mobile-phone dispatch of laypersons for CPR in out-of-hospital cardiac arrest. *The New England Journal of Medicine*, 372(24), 2316–2325. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1406038>

Valenzuela, T. D., Roe, D. J., Nichol, G., Clark, L. L., Spaite, D. W., & Hardman, R. G. (2000). Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *The New England Journal of Medicine*, 343(17), 1206–1209. <https://doi.org/10.1056/NEJM200010263431701>

Data: 17.11.2021

Pe'lO Conselho de Enfermagem



Ana Maria Leitão Pinto da Fonseca
(Presidente)