



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE
ESPECIALIZAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por
Alice Maia de Miranda

Porto – março 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE
ESPECIALIZAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA**

**PATHWAY FOR THE DEVELOPMENT OF SPECIALIZATION
COMPETENCIES IN THE CARE FOR CRITICAL ILL PATIENT**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por
Alice Maia de Miranda

Sob a orientação de Ana Carolina da Rocha Monteiro

Porto – março 2025

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, integrada no ciclo de estudos do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, no Porto. A referida unidade curricular visa a promoção de oportunidades que permitam ao estudante desenvolver capacidades de análise, reflexão, fundamentação e intervenção eficaz em cenários onde a pessoa em situação crítica é a protagonista.

Intitulado de Percurso para o Desenvolvimento de Competências de Especialização no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica, este documento assume a missão de descrever, analisar e fundamentar este percurso de desenvolvimento de competências de enfermagem especializada na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Esse processo de desenvolvimento de competências foi realizado ao longo do estágio final, o qual abrangeu dois contextos de cuidados de saúde dedicados à pessoa em situação crítica: cuidados intensivos e serviço de urgência.

O presente relatório encontra-se dividido em três partes. A primeira diz respeito à introdução, onde é realizado um enquadramento do presente curso de mestrado, da unidade curricular Estágio Final e Relatório e da sua pertinência no curso. Segue-se a descrição e análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas, dos conhecimentos adquiridos, das atividades realizadas e dos objetivos atingidos, permitindo-me fundamentar este processo de desenvolvimento de competências especializadas na área da enfermagem à pessoa em situação crítica. Por fim, a conclusão, onde é feito um sumário dos especiais contributos que o estágio final teve no desenvolvimento de competências profissionais e académicas, as dificuldades sentidas e as expectativas para o meu futuro enquanto enfermeira especialista e mestre em enfermagem.

Sendo este um curso de mestrado numa área de especialização, e não apenas um curso de especialização, importa mencionar as competências académicas desenvolvidas. Estas assentam na capacidade que o estudante deverá apresentar em procurar o conhecimento baseado na melhor evidência científica existente, e utilizá-lo para responder às várias situações e necessidades que vão surgindo ao longo da sua prática, visando a excelência dos cuidados de enfermagem, onde a qualidade é mandatória.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados visa, não só prestar o melhor cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador, mas também contribuir para a divulgação de novo conhecimento, proveniente de uma prática contínua de pesquisa da evidência científica. Assim, a fundamentação da prática de enfermagem especializada, com base na melhor evidência científica, deverá ser um processo contínuo e motivado, com a ambição da excelência dos cuidados.

Nesse sentido, ao longo deste percurso, abracei a oportunidade de contribuir para essa divulgação de conhecimento científico através: da elaboração de um póster, apresentado no I Congresso de Enfermagem Intensiva Polivalente, promovido pela Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho; de uma ação de formação à equipa de enfermagem do serviço de medicina intensiva onde estagiei, e da elaboração de um artigo de revisão do tipo *scoping*, submetido para publicação numa revista científica, com revisão por pares.

O percurso efetuado contribuiu positivamente para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica. Considero que as competências profissionais aliadas às competências académicas desenvolvidas ao longo deste curso, serão a receita perfeita para a prestação de melhores cuidados de enfermagem, os cuidados de enfermagem especializados.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, competência, enfermeiro especialista, pessoa em situação crítica

ABSTRACT

This report is developed within the scope of the curricular unit Final Internship and Report, which is part of the study program of the 17th Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Nursing Care for Critically Ill Patients, at the Universidade Católica Portuguesa, in Porto. This curricular unit aims to provide opportunities for students to develop analytical, reflective, evidence-based reasoning, and effective intervention skills in scenarios where critically ill patients are the main focus.

Entitled Pathway for the Development of Specialization Competencies in the Care of Critical Ill Patient, this document aims to describe, analyze, and justify the process of developing specialized nursing competencies in the field of nursing care for critically ill patients. This competency development process took place during the final internship, which covered two healthcare contexts dedicated to critically ill patients: intensive care and the emergency department.

This report is divided into three sections. The first section corresponds to the introduction, which provides an overview of the master's program, the Final Internship and Report curricular unit, and its relevance within the course. The second section focuses on the development of the work, including a descriptive and critical-reflective analysis of the experiences gained, knowledge acquired, activities performed, and objectives achieved, supporting the process of developing specialized competencies in nursing care for critically ill patients. Finally, the conclusion presents a summary of the main contributions of the final internship to the development of professional and academic competencies, the challenges encountered, and future expectations as a specialist nurse and master's degree holder.

As this is a master's degree program in a specialized field, rather than just a specialization course, it is essential to highlight the academic competencies developed. These are based on the ability of the student to seek knowledge grounded in the best available scientific evidence and apply it to respond to various situations and needs encountered in clinical practice, ensuring nursing care excellence, where quality is mandatory.

The provision of specialized nursing care aims not only to deliver the best possible nursing care to critically ill patients and their families/caregivers, but also to contribute to the dissemination of new knowledge derived from continuous engagement with scientific evidence-based practice. Therefore, grounding specialized nursing practice in the best available scientific evidence should be a continuous and motivated process, driven by the ambition for excellence in patient care.

In this regard, throughout this journey, I embraced the opportunity to contribute to scientific knowledge dissemination by developing a scientific poster, presented at the 1st Congress on Intensive Nursing Care, promoted by ULS Gaia-Espinho; delivering a training session for the intensive care nursing team where I completed my internship; and developing a scoping review article, submitted for publication in a scientific journal.

In conclusion, this journey has significantly contributed to my competency development as a specialist nurse in medical-surgical nursing, particularly in the nursing care of critically ill patients. I believe that the professional competencies, combined with the academic competencies developed throughout this program, form the perfect foundation for delivering high-quality, specialized nursing care.

Keywords: nursing care, competency, specialist nurse, critically ill patient

À minha mãe
Ao meu marido
À minha filha

Pelo tempo que abdiquei de estar com eles
Por me terem apoiado
nos momentos mais difíceis

AGRADECIMENTOS

Em especial, à minha mãe e ao meu marido que sempre me apoiaram neste caminho

À minha filha, que apesar de pequenina,
pareceu compreender o motivo pelo qual a mãe esteve ausente

À professora Ana Carolina Monteiro, pela sua disponibilidade e orientação dedicada

Aos meus tutores de estágio, pela dedicação e partilha de conhecimentos

Aos meus amigos, pelo seu incentivo e sua compreensão nas minhas ausências

Aos meus colegas de trabalho, pelo seu apoio nos turnos mais complicados

À minha enfermeira chefe, por acreditar em mim e pelo seu constante incentivo

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CVC – Cateter Venoso Central

EMCEPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEEP – Positive End-Expiratory Pressure

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

SCIRA – Serviço de Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	19
1.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	19
1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA	20
2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALIZAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	23
2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	25
2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	33
2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	50
2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	59
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICE	77
Apêndice I – Póster para participação no I Congresso de Enfermagem Intensiva Polivalente “Administração de Medicação por Via Entérica na Pessoa em Situação Crítica”	79
Apêndice II – Ação de Formação “Administração de Medicação Via Entérica na Pessoa em Situação Crítica”	83
ANEXO	101
Anexo I – Certificado de apresentação de Póster no Evento Técnico-Científico “I Congresso de Enfermagem Intensiva Polivalente”, promovido pela Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho	103

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, integrada no ciclo de estudos do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMCEPSC), da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no Porto. A realização do estágio final e a elaboração do respetivo relatório foram concretizadas sob a orientação da mestre e detentora do título de Especialista em Enfermagem Ana Carolina da Rocha Monteiro.

O curso de mestrado em enfermagem assenta sobre uma base legal, e tem como documentos orientadores o Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto e Decreto-Lei nº 27/2021 de 16 de abril, o Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro e o Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho. De acordo com estes, o curso de mestrado em enfermagem numa área de especialização, permite ao enfermeiro o desenvolvimento de competências profissionais e académicas, e a consequente atribuição do título profissional de enfermeiro especialista e o grau académico de mestre. A aquisição de competências implica que o enfermeiro vivencie situações reais promotoras do desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo sobre a prática, capacitando-o na tomada de decisões que deverão ser fundamentadas pela melhor evidência científica, bem como pela prática (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No sentido de promover oportunidades de desenvolvimento de competências, surge a unidade curricular Estágio Final e Relatório, no presente curso de mestrado em EMCEPSC. Embora esta unidade curricular se encontre dividida em dois grandes momentos, o estágio final e a elaboração do respetivo relatório, as oportunidades de desenvolvimento de competências ocorrem ao longo do primeiro. Sendo o presente curso de mestrado, um curso que visa a especialização do enfermeiro na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC), é imperativo que o desenvolvimento de competências nesse âmbito seja realizado em contextos de cuidados específicos à PSC. Assim, compreende-se a pertinência da realização de estágio no contexto de cuidados intensivos e no contexto de serviço de urgência.

O presente documento corresponde ao resultado do segundo momento dessa unidade curricular, isto é, o Relatório. De acordo com o Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem da UCP, o Relatório deverá demonstrar a capacidade do estudante em identificar problemas e desenvolver soluções, de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões.

Ao longo do presente relatório, recorrendo à metodologia crítico-reflexiva, serão abordados os objetivos e as atividades previamente propostos e documentados no Projeto de Estágio, formalizado em setembro de 2024. A reflexão crítica sobre as atividades realizadas, as experiências vivenciadas e os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio final servirá o propósito de fundamentação do processo de desenvolvimento de competências profissionais na área de especialização e de competências académicas inerentes ao curso.

O interesse pela prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) nasce da oportunidade que me fora oferecida de integrar a equipa multidisciplinar numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP), da qual faço parte há 14 anos. Apresentando experiência profissional nesta área, e sendo a UCIP um contexto de estágio do presente ciclo de estudos do curso de mestrado, elaborei um documento com a fundamentação das atividades realizadas e competências desenvolvidas na área da enfermagem à PSC, no sentido de obter a creditação à UC: A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica. O meu pedido de creditação foi concedido após a entrega de um Relatório de Experiência Profissional para Creditação em fevereiro de 2024.

A UC Estágio Final e Relatório contemplou 360 horas de contato, 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de seminário e 440 horas de trabalho individual, totalizando 840 horas. As horas de contacto do estágio final foram divididas por dois períodos de 180 horas, correspondentes a dois contextos de estágio, no âmbito do cuidado à PSC. O primeiro contexto de estágio, decorreu no período de 2 de setembro a 23 de outubro de 2024, num serviço de medicina intensiva (SMI) de um hospital no norte de Portugal, e o segundo contexto decorreu no serviço de urgência (SU) de adultos desse mesmo hospital, durante o período de 24 de outubro a 18 de dezembro de 2024.

Seguindo a premissa de que os conteúdos de um relatório deverão seguir “uma sequência lógica, de fio condutor, para ser inteligível, coerente, clara e agradável de ler” (Oliveira, 2018, p. 91), decidi dividir o conteúdo deste documento em quatro secções. Na primeira secção encontra-se a Introdução, que abraça o enquadramento do curso, a contextualização da UC Estágio Final e Relatório e dos dois períodos de estágio realizados. Faz referência à metodologia utilizada e à estrutura pensada para o relatório. A segunda secção encontra-se

organizada em capítulos e subcapítulos. O primeiro capítulo é dedicado à caracterização dos contextos de estágio, encontrando-se dividido em dois subcapítulos correspondentes aos serviços onde foram realizados os estágios: serviço de medicina intensiva e serviço de urgência. Em cada subcapítulo, será apresentada uma descrição sucinta dos serviços, seguida da análise da sua relevância no processo de desenvolvimento de competências. O segundo capítulo será o palco para a fundamentação do desenvolvimento das competências de enfermagem especializada, mediante uma reflexão crítica sobre os objetivos traçados e concretizados e as atividades desenvolvidas nesse sentido. Este capítulo encontra-se dividido em quatro subcapítulos, correspondentes aos quatro domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas. Em cada um desses subcapítulos, serão abordadas as competências específicas do enfermeiro na área da especialidade EMCEPSC. A terceira secção pertence à Conclusão, onde será apresentado o resumo dos pontos-chave deste trabalho, e efetuado um balanço entre experiências vivenciadas ao longo do estágio final com maior contributo no desenvolvimento das competências profissionais e académicas, e as dificuldades sentidas e de que forma foram ultrapassadas. Por fim, as últimas três secções destinam-se às Referências Bibliográficas, que constituem um suporte essencial à fundamentação das competências profissionais que desenvolvi ao longo do Estágio Final enquanto futura enfermeira especialista em EMCEPSC, apresentadas ao longo deste relatório; ao Apêndice onde constam os trabalhos científicos realizados durante o Estágio Final, os quais impulsionaram o meu desenvolvimento de competências académicas enquanto futura mestre em enfermagem; e ao Anexo, que incluem o certificado da minha presença e participação com um póster num congresso.

A norma de informação e documentação utilizada para a citação em texto e a referenciação bibliográfica foi a norma *American Psychological Association* – 7ª edição.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

1.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) é uma unidade essencial dentro do sistema hospitalar. É um serviço destinado ao cuidado da pessoa que se apresenta em risco de vida pela falência, ou iminência de falência, de um ou mais órgãos. Estas situações requerem uma vigilância e monitorização contínuas das funções vitais da PSC, e a resposta adequada e eficaz, exigida pela complexidade da situação de saúde.

A equipa de profissionais de saúde integrada no SMI é uma equipa interdisciplinar. Desta equipa fazem parte enfermeiros (generalistas e especialistas), médicos intensivistas e técnicos auxiliares de saúde. Importa referir que, para além destes, o SMI recebe colaboração de outros profissionais afetos a outros serviços hospitalares. Profissionais esses cuja intervenção é não menos importante que a dos outros, pois, em equipa, possibilitam o melhor cuidado à PSC. São exemplos destes profissionais: médicos de outras especialidades (cirurgia geral, neurologia, gastroenterologia, nefrologia, cardiologia, pneumologia, ortopedia, otorrinolaringologia, entre outros), farmacêuticos, psicólogos e nutricionistas. De salientar, ainda, a importância do capelão, visto que a promoção do bem-estar e conforto da PSC passa, muitas vezes, pela satisfação de necessidades associadas à religião.

O espaço físico e os recursos materiais e equipamentos são outros elementos que tornam o SMI, um local de excelência para a prestação de cuidados de saúde complexos. O SMI onde realizei estágio, é constituído por duas unidades comunicantes através de um corredor: a unidade um e a unidade dois. A área da prestação de cuidados da unidade um, a mais antiga, é caracterizada por um espaço aberto onde estão inseridas cinco unidades de prestação de cuidados, separadas por cortinas. Designo unidades, uma vez que cada uma é constituída por uma cama e dois apoios laterais, um à direita e outro à esquerda, onde se encontram equipamentos, como: máquinas infusoras, sistemas de aspiração de secreções, saídas de oxigénio, equipamento de monitorização, ventilador, sistema de iluminação, entre outros. Para além destes, cada unidade individual de prestação de cuidados, contém uma mesa de apoio, onde é disponibilizado o material mais frequentemente utilizado ao longo dos turnos.

A somar a estas cinco unidades individuais de prestação de cuidados, existem outras três cuja característica diferenciadora é estarem isoladas em quartos individuais.

A unidade dois, é uma unidade bastante recente, constituída por onze quartos individuais, com a possibilidade de utilização de pressão negativa pela existência de uma antecâmara que permite regular a pressão entre o interior do quarto e o exterior, onde circulam os profissionais de saúde e as famílias/cuidadores das PSC internadas. Cada um desses quartos, apresenta um relógio, uma televisão e uma janela. Três elementos fulcrais para o bem-estar e conforto da PSC, conforme será abordado, posteriormente.

Os SMI são classificados em três níveis: nível I, II e III. O SMI onde estagiei é uma unidade de nível II/III. Isto é, tem a capacidade de monitorização invasiva e de suporte de órgão, e articula com unidades de nível superior (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes), quando precisa de garantir o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, como é o caso da cirurgia cardiotorácica, neurocirurgia, cirurgia vascular, entre outras. Apresenta uma equipa médica e de enfermagem dedicadas, cuja assistência médica é qualificada por intensivista por 24 horas, dispõe e implementa medidas de controlo contínuo da qualidade e investe no ensino e treino dos seus profissionais em cuidados intensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência (SU) é considerado a porta de entrada no sistema de saúde hospitalar para as pessoas que necessitam de cuidados de saúde imediatos.

O SU pretende dar resposta a situações de urgência e de emergência. Perante isto, é importante compreender o que distingue uma situação urgente de uma situação emergente. Uma situação de urgência é aquela em que ocorre uma alteração clínica de instalação súbita, desde a não grave até à grave, com risco de estabelecimento de falência de uma ou mais funções vitais. Uma situação de emergência é aquela em que se encontra instalada, ou está iminente, a falência de funções vitais (Direção-Geral da Saúde, 2001).

Os SU são classificados em três níveis de acolhimento de situações urgentes/emergentes (Direção-Geral da Saúde, 2001; Ministério da Saúde, 2014). De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (Ministério da Saúde, 2014), no primeiro nível, encontram-se os SU Básicos (SUB), caracterizados por uma abordagem e resolução de situações de urgência mais simples e comuns de situações de urgência. O segundo nível, diz respeito aos SU Médico-Cirúrgica (SUMC). Estes fazem parte de uma rede de referência integrada com o Sistema de

Emergência Médica, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para os Serviços de Urgência Polivalentes (SUP), situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou de apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respectivas redes de referência. No terceiro nível, encontram-se os SUP, considerados o primeiro nível de acolhimento de situações urgentes/emergentes para as respectivas áreas de influência. Contudo, funcionam como sendo o segundo nível de acolhimento dessas situações, com maior grau de diferenciação técnica, referenciadas no âmbito do Sistema de Emergência Médica (Ministério da Saúde, 2014).

O SU onde realizei estágio, é um SUMC de adultos. A sua equipa de profissionais de saúde é constituída por médicos de várias especialidades (medicina interna, medicina geral, ortopedia, cirurgia geral, medicina intensiva), enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos auxiliares de saúde, entre outros, que colaboram com os anteriores, de acordo com as situações de procura do SU (cardiologia, pneumologia, urologia, ginecologia e obstetrícia, otorrinolaringologia e oftalmologia). Sendo os SU, ambientes propícios à gestão de conflitos, justificado pelo sofrimento das pessoas a juntar à inquietação demonstrada na espera, por vezes prolongada para uma observação médica, o resultado de um exame complementar de diagnóstico, ou a administração de um medicamento, importa referir que as equipas de segurança e da Polícia de Segurança Pública (PSP) apresentam um papel importante atuando em situações que possam colocar em risco a segurança dos profissionais e das pessoas que a ele recorrem.

Fisicamente, fazendo referência apenas às áreas de relevo para a prestação de cuidados, aquele SU é composto por uma área de triagem, uma Sala de Emergência (SE), um gabinete dedicado à eletrocardiografia e ao processamento das gasometrias arteriais, quatro salas de trabalho, dez gabinetes de medicina, um gabinete de ortopedia, um gabinete de pequena cirurgia, uma unidade de observação (OBS), um área de radiologia, constituída por um aparelho de tomografia computadorizada (TAC) e de raio-X, e quatro salas de espera.

A SE é a área do SU que maior destaque irá ter na reflexão realizada ao longo deste relatório. Tal como a sua designação sugere, é a área dedicada às situações emergentes. Nesta, o foco da intervenção da equipa interdisciplinar é direcionado para a PSC, proveniente do exterior, através das equipas de emergência pré-hospitalar, ou provenientes de outras áreas do SU, decorrentes do agravamento do seu estado de saúde, conferindo-lhes um carácter emergente. A equipa interdisciplinar dedicada aos cuidados de saúde emergentes é constituída por um enfermeiro com atenção exclusiva a esta área e outro que a ele presta apoio, um técnico auxiliar de saúde, um médico intensivista afeto ao SMI do mesmo hospital,

colaborando com estes outros profissionais do SU e de outros serviços, quando necessários ao processo de estabilização e recuperação da saúde da PSC.

2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALIZAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Previamente à reflexão sobre as competências desenvolvidas ao longo do estágio final, considero importante fazer uma breve introdução à disciplina de Enfermagem e ao seu enquadramento concetual, definido em Portugal.

Da literatura utilizada como fonte de referência para este trabalho, surgiu uma definição de enfermagem com a qual não poderia estar mais de acordo “uma profissão que articula ciência e arte. Ciência, dado reunir conhecimentos teóricos e práticos de uma forma organizada e validados. Arte, dado usar criatividade, habilidade, imaginação e sensibilidade e outros mais recursos, ao aplicar a ciência na sua prática assistencial” (Nunes, 2018, p. 20). Enfermagem é a profissão que assume a missão de cuidar da pessoa, sã ou doente, em qualquer etapa da sua vida, assim como cuidar dos grupos sociais a que pertence. Este cuidado tem como finalidade ajudar a manter, melhorar e recuperar a saúde daqueles, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (Ministério da Saúde, 1996).

Enquanto disciplina, a enfermagem apresenta um quadro concetual, o qual importa conhecer para melhor compreender a base da sua essência. Os conceitos saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem são elementos constituintes desse quadro. A saúde é apresentada como “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8). Perante esta definição, compreende-se que a saúde é considerada um processo dinâmico e contínuo, em que cada pessoa tenta alcançar um estado de equilíbrio entre o controlo do sofrimento, do bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. A pessoa é um ser humano que vive num determinado ambiente, e estabelece relações com outros seres. O seu comportamento intencional baseia-se nos valores, nas crenças e nos desejos de vontade individual, o que a torna um ser único, dotado de dignidade própria e com direito a decidir sobre si mesmo. “O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais

e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp. 9-10). Os cuidados de enfermagem resultam “do exercício profissional da enfermagem centrado na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 10). Uma relação designada de terapêutica, uma vez que tem por objetivo ajudar a pessoa a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde. Este projeto, planeado com a pessoa, e muitas vezes com a família, tem por objetivo satisfazer necessidades humanas, realizar atividades de vida, prevenir a doença e promover processos de readaptação. A participação da pessoa e da família neste planeamento do projeto de saúde, torna-se fundamental, pelo seu efeito potenciador na adesão terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A evolução científica e a exigência dos cuidados impõem a diferenciação e especialização dos cuidados, no setor da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Ao longo deste relatório, irão ser abordados os cuidados de enfermagem especializados e as competências específicas inerentes à área de especialização em EMCEPSC.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744). Essas competências encontram-se divididas entre competências comuns e competências específicas da área de especialidade. As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, e são demonstradas “pela sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). As competências específicas, são as competências que garantem uma elevada adequação dos cuidados às necessidades de saúde da pessoa numa determinada área de especialidade. Estas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A prática de cuidados de enfermagem especializados deverá seguir um conjunto de padrões, definidos pelo colégio das especialidades da OE, que garantam a qualidade desses cuidados. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em PSC serão abordados, posteriormente, no respetivo domínio de competências.

O percurso de desenvolvimento de competências de enfermagem na área da especialidade de EMCEPSC, implicou o desenvolvimento de um conjunto de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua especialidade, e um conjunto de competências específicas que caracterizam a intervenção do enfermeiro especialista em EMCEPSC. Assim, optei por organizar este capítulo em quatro subcapítulos, correspondentes aos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista. Em cada domínio, para além das competências comuns do enfermeiro especialista, serão abordadas as competências específicas de EMCEPSC que foram desenvolvidas ao longo desse percurso.

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Enquanto enfermeira ativa no exercício da profissão, o meu desenvolvimento de competências neste domínio começou no primeiro dia na prestação de cuidados de enfermagem. Relembro o que senti, pela responsabilidade que estaria a assumir e pelo medo de não conseguir cumprir com os meus deveres enquanto enfermeira, e o receio sentido pela possibilidade de não corresponder às expectativas da enfermeira gestora, dos colegas e, principalmente, das pessoas de quem iria cuidar. Os anos passaram, e muitos medos deixaram de existir graças à maturidade e ao tempo que a experiência nos cuidados me ofereceu. Contudo, existem preocupações que permanecerão até ao último dia que prestarei cuidados de enfermagem. Acredito que todos os profissionais de saúde têm medo de errar, pelo dano que podem provocar na saúde das pessoas de quem cuidam. Apesar de ouvirmos muitas vezes que “errar é humano”, na área da saúde, um erro pode tornar-se fatal. Essa preocupação e essa vontade de não querer errar, foram as impulsionadoras da minha inscrição neste curso, numa tentativa de melhorar a minha prática através do desenvolvimento de competências de uma enfermagem especializada, escolhendo uma área que faz todo o sentido na minha vida profissional, e de melhor corresponder às necessidades da PSC, da sua família e daqueles que se juntam a mim neste caminho.

Nesta vontade de não querer errar, depreende-se uma vontade de querer fazer bem. Na prestação de cuidados de enfermagem, este fazer bem deve ser entendido como providenciar o bem a alguém através do bom cuidado. Para garantir que os enfermeiros agem bem, no exercício da sua profissão, foi criada a Ordem dos Enfermeiros. Enquanto enfermeiros, e membros de uma ordem profissional, para além dos direitos a exercer, também temos

deveres a cumprir. Esses direitos e deveres encontram-se documentados no Código Deontológico da nossa profissão (Assembleia da República, 2015).

Dentro do conjunto de deveres a cumprir, encontra-se o respeito pelos princípios e valores éticos que melhor orientam a sua ação para o fim a que ela se propõe, nunca esquecendo as normas e princípios impostos pelo Estado formalizados na Lei de Bases da Saúde (Assembleia da República, 2019), e no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República, 1976).

Remontando ao meu projeto de estágio, um dos objetivos gerais que defini para o desenvolvimento de competências nesta área de especialização fora prestar cuidados à pessoa e à sua família/cuidador sujeitos a processos complexos de doença e/ou falência orgânica. Nesse sentido, tracei um objetivo mais específico com enquadramento neste domínio de competências, sendo ele apresentar uma conduta profissional que respeite os princípios éticos, as normas legais e a deontologia da profissão. Para atingir um determinado objetivo, é necessário desenvolver atividades que nos orientem nesse sentido. Assim, entendi que conseguiria cumprir o objetivo traçado pela prestação de cuidados de enfermagem especializados que demonstrassem o respeito pelos princípios éticos, pelos quais se rege a profissão de enfermagem, o cumprimento das normas jurídicas associadas aos cuidados de saúde e através do respeito pelos direitos humanos. Os documentos que considero terem sido norteadores neste processo de desenvolvimento de competências neste domínio, e que utilizo para fundamentar a minha prática, foram o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ministério da Saúde, 1996) e o Código Deontológico (Assembleia da República, 2015).

O desenvolvimento de competências de enfermagem especializada, no presente domínio, foi concretizado ao longo do estágio final, independentemente do contexto de cuidados. Começo por abordar o artigo 97º do código deontológico dos enfermeiros, no qual é mencionado o dever do enfermeiro 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” (Assembleia da República, 2015, p. 8101). Ao longo do estágio final, todas as minhas intervenções de enfermagem basearam-se em conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica, mas também nos conhecimentos adquiridos ao longo da minha prática, resultantes da minha experiência profissional. Perante este facto, torna-se pertinente fazer referência a Patricia Benner. Segundo a teórica, a experiência proveniente da prática tem grande influência na aquisição

e desenvolvimento de competências necessárias ao caminho percorrido desde o enfermeiro “iniciado” até ao enfermeiro “perito”. E, nesse percurso, está subjacente uma relação de interdependência entre o conhecimento proveniente da teoria e aquele que surge da prática (Tomey & Alligood, 2004). Num dos seus livros, Lucília Nunes relembra que o conhecimento de enfermagem pode ter origem em várias fontes: investigação científica, tradição, experiência, intuição, reflexão, imaginação e pensamento heurístico (Nunes, 2018, pp. 116-142). A mesma autora, numa tentativa de descrever a intervenção dos enfermeiros, refere que “os enfermeiros prometeram ajudar os saudáveis a manter a sua saúde, os doentes a recuperar a saúde, os que não podem ser curados a maximizar os seus potenciais e os que estão em processo de morrer, a viver tão plenamente quanto possível até à sua morte” (Nunes, 2018, p. 17). Previamente à fundamentação do meu desenvolvimento de competências no presente domínio, relembro que a PSC é a pessoa cuja “vida está em risco pela falência ou pela iminência de falência de uma ou mais funções vitais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362). Ao longo do estágio final, a minha intervenção foi, maioritariamente, dirigida à PSC e à sua família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Neste meu percurso, prestei cuidados a pessoas de várias faixas etárias, com potenciais diferentes de recuperação, e assisti a sucessos e insucessos. Quero com isto defender que cada pessoa, independentemente da idade e dos problemas de saúde que apresenta, tem direito ao melhor cuidado possível. Embora o principal objetivo dos cuidados de enfermagem especializados à PSC seja a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17241), nem sempre essa recuperação é possível. Nessa situação, o foco da intervenção do enfermeiro especialista deverá ser proporcionar o maior conforto e o melhor bem-estar possíveis à PSC e à sua família/cuidador. Por sua vez, esses cuidados promovem uma melhor qualidade de vida para aqueles que se encontram vulneráveis em etapas da vida complexas como é, por exemplo, a fase de fim de vida. Nesta fase, a família/cuidador assume uma posição relevante na colaboração com o enfermeiro especialista, na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao elemento da família que se encontra em situação crítica. Sendo a família definida como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 115), “o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 19), então torna-se fundamental incluí-la como cliente da prestação de cuidados de enfermagem, e não só o elemento da família que descrevemos como sendo a PSC. Sendo a

família um grupo onde as relações entre os seus elementos são de suporte mútuo, e que se designam com um destino comum, então assume-se assim que o sofrimento de um dos seus elementos atinge todos os restantes, provocando-lhes sofrimento também. Ao longo do estágio final, testemunhei esse sofrimento, principalmente relacionado com a angústia provocada pela incerteza do futuro. A família assume um papel importante de suporte aos seus elementos, um suporte a vários níveis: emocional, económico, social. Dada a sua importância na vida da PSC, a família deverá ser, também, alvo dos cuidados de enfermagem especializados, garantindo a qualidade dos mesmos à PSC.

Provavelmente, as situações de fim de vida da PSC, são aquelas em que a família requer maior suporte. A carga emocional associada a estas situações é elevada, podendo gerar momentos de crise, que, por sua vez, colocam em risco a qualidade de vida que se pretende proporcionar à PSC, que se encontra na reta final da sua vida. Apesar deste meu contacto com a PSC em fim de vida não ser recente, o estágio final acrescentou outras oportunidades de cuidar da PSC em fim de vida, de refletir sobre a importância e a diferença que os nossos cuidados podem fazer, nesses últimos momentos de vida da PSC e na sua relação com a família/cuidador. Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em fim de vida, constituem uma oportunidade para o enfermeiro demonstrar o seu respeito pela vida humana. Cada minuto de vida deverá ser valorizado como importante para ser vivido, e sobretudo, vivido com qualidade. Acrescento ainda que, respeitar a vida da pessoa, é respeitar cada pessoa tal como ela é, “sem discriminação económica, social, étnica, política, ideológica ou religiosa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 59).

Enquanto ser humano, e não só enquanto enfermeira, a minha prestação de cuidados de enfermagem espelhou o meu respeito pelos princípios éticos de liberdade e dignidade da pessoa humana. Ao longo da minha prática cuidei de cada pessoa reconhecendo-a como “um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 98), pois “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, e porque todos têm direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (Organização das Nações Unidas, 1948). Deste modo, cada pessoa é livre para decidir sobre si, de escolher o que quer para si, de apresentar um papel ativo no planeamento e execução do seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Em ambos os contextos de estágio, tive a oportunidade de observar e refletir sobre a diversidade de pessoas que recorreram ao Serviço Nacional de Saúde, e nele foram cuidadas. Além dos diferentes estratos socioeconómicos, raças, crenças religiosas e espirituais das pessoas a quem prestei cuidados, constatei que, muitas delas, eram provenientes de outros

países e falavam uma língua diferente da minha. Acredito que esta diferença irá continuar a verificar-se no futuro, principalmente a diferença entre raças e religiões, dado o aumento da imigração em Portugal. Esta oportunidade de cuidar de pessoas de raças, religiões e ideologias diferentes da minha, acrescentou experiência àquela que já tinha, e potenciou o meu desenvolvimento de competências neste domínio ético-legal.

De acordo com a deontologia da profissão, é meu dever respeitar um conjunto de valores universais: a igualdade; a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional (Assembleia da República, 2015). Estes valores estiveram presentes na minha prestação de cuidados de enfermagem à PSC, pois ela é digna de cuidados pelo ser humano que é, e pelo direito que lhe é atribuído pela Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República, 1976) e pela Lei de Bases da Saúde (Assembleia da República, 2019). Da mesma forma, afirmo que nunca discriminei alguém de quem cuidei, perante manifestações de crenças e valores diferentes dos meus, cumprindo as normas legais de acordo com Base 2, da Lei de Bases da Saúde (Assembleia da República, 2019).

As conversas que mantive com a PSC foram conduzidas com sinceridade, respeitando a sua capacidade de compreender a informação transmitida. Expliquei claramente os cuidados que pretendia prestar e os objetivos que desejava alcançar com eles, oferecendo-lhe a possibilidade de participar ativamente nas decisões sobre os seus cuidados de saúde. Dessa forma, garanti que pudesse tomar decisões informadas e responsáveis sobre o seu plano de saúde, respeitando sempre os valores verdade e “liberdade responsável, com capacidade de escolha” (Assembleia da República, 2015, p. 8102) e o seu direito ao consentimento informado (Assembleia da República, 2015; Ministério Público, 1997). Só é capaz de decidir sobre si aquele que possui a informação verdadeira sobre a sua condição de saúde. Quanto ao valor justiça, o respeito por este valor foi demonstrado pela prestação de cuidados de enfermagem que considere mais adequados (valor equidade) à condição de cada pessoa de quem cuidei, em função do interesse de cada pessoa (valor altruísmo e solidariedade).

Mantendo a reflexão sobre os princípios e valores éticos inerentes à profissão de enfermagem, passo a enunciar os princípios da Beneficência e Não Maleficência. Todo o cuidado de enfermagem prestado tem como finalidade proporcionar um benefício para a saúde da pessoa que recebe esses cuidados (beneficência) mas, ao mesmo tempo, a intenção de minimizar o mal (não-maleficência), que, muitas vezes, é impossível ser eliminado por

completo (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Ambos os contextos de estágio, sobretudo no SMI, constituíram oportunidades para refletir sobre a aplicabilidade destes dois princípios éticos. Durante a minha prestação de cuidados de enfermagem à PSC, verifiquei que, muitas vezes, essa pessoa demonstrava ser incapaz de exercer o seu direito à liberdade responsável pelo seu estado de *delirium* ou por se encontrar sob sedação. Estas condições, tornavam-na incapaz de decidir sobre si, sobre a sua vida, impedindo-a de participar no planeamento do seu processo de cuidados, de tomar decisões responsáveis. Perante estas situações, assumi que o meu dever seria decidir pela PSC, em função do que seria o cuidado mais benéfico para ela, garantindo o respeito pelos princípios de Beneficência e Não Maleficência. Quando me refiro ao cuidado mais benéfico para a pessoa, refiro-me ao cuidado que melhor se adequa à sua condição (princípio de justiça).

Em conformidade com os princípios éticos de Liberdade, Autonomia, Beneficência e Não Maleficência, destacam-se duas temáticas de grande relevância no âmbito do cuidado à PSC: a Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) e o consentimento presumido. Existem diversas situações em que a PSC se encontra impossibilitada de expressar a sua vontade em relação aos cuidados a receber, seja devido à gravidade do seu estado de saúde ou à sedação administrada, que a mantém inconsciente, ou consciente, mas com alterações da sua perceção sobre a realidade, como é exemplo o estado de *delirium*. Perante estas condições que comprometem sua capacidade de decisão, num momento em que a sua vida está em risco, os profissionais de saúde deverão intervir com respeito pelos princípios acima mencionados e, presumidamente, de acordo com o que a PSC pretenderia para si naquela situação. Surge assim o consentimento presumido. Contudo, sempre que possível, importa averiguar a existência de uma DAV dessa pessoa no Registo Nacional do Testamento Vital (Assembleia da República, 2012). Isto é, um documento onde se encontra manifestada a vontade daquela pessoa em receber, ou não, determinados cuidados de saúde num determinado momento da sua vida em que não esteja capaz de expressar a sua vontade de forma livre, consciente e esclarecida. Quando este não existe, a família poderá apresentar um contributo importante na tomada de decisão, em conjunto com os profissionais de saúde, relativamente à melhor intervenção para aquela pessoa. Em alguns casos, por já ter sido abordada esta questão no domicílio, a família detém conhecimento sobre a vontade daquela pessoa sobre o cuidado que gostaria de receber, caso enfrentasse uma condição crítica que o impossibilitasse de expressar a sua vontade. Por esse motivo, a família deverá ser convidada a participar na tomada de decisão, de forma a proporcionar o melhor cuidado à PSC. Contudo, sempre que seja possível, a PSC deverá exercer o direito de Liberdade e

Autonomia, através da obtenção do seu consentimento informado sobre o cuidado (Ministério Público, 1997; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A minha intervenção demonstrou, igualmente, o respeito pelos princípios de solidariedade e de altruísmo, pela preocupação que mantive em tentar satisfazer as necessidades manifestadas pela PSC, quando esta não apresentava a devida capacidade para a sua satisfação. As necessidades humanas básicas (fisiológicas e de proteção/segurança) e as atividades de vida diária (higiene, alimentação, eliminação, entre outras) são bons exemplos de necessidades manifestadas pela PSC. Necessidades essas, que na maioria das vezes, a PSC não consegue satisfazer de forma autónoma dada a sua incapacidade funcional, física e/ou cognitiva. Assim, passa a ser do enfermeiro especialista, a responsabilidade de identificar essas necessidades e planear um conjunto de intervenções (cuidados) orientadas à sua satisfação (Nunes, 2018). O meu respeito pelos valores Competência e Aperfeiçoamento Profissional foi demonstrado através da prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, ao longo do estágio final. Os cuidados que prestei, basearam-se no conhecimento adquirido ao longo do percurso académico e através da pesquisa de literatura nas bases de dados eletrónicas disponibilizadas pela UCP, nos momentos de dúvida ou de um interesse relacionado com alguma temática abordada em contexto de estágio. Considero que a elaboração de um póster (Apêndice I), uma ação de formação (Apêndice II) e um artigo de revisão da literatura, submetido para publicação numa revista científica e que aguarda a revisão por pares, comprovam o respeito que demonstro pelos valores Competência e Aperfeiçoamento Profissional.

No domínio legal, associado à prestação de cuidados de saúde, onde se integram os cuidados de enfermagem especializados, destacam-se algumas normas que considero importante abordar neste relatório, pela sua pertinência em situações vivenciadas ao longo do estágio final. Começo por abordar a informação em saúde. Esta temática ganha relevância pela problemática, com que, muitas vezes, somos confrontados, sobre a propriedade da informação de saúde, e como esta deve ser gerida nos vários contextos de cuidados. Segundo o artigo 3º da Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro, alterada pela Lei nº 26/2016 de 22 de agosto, "a informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa", e que o titular dessa informação tem o direito de conhecer o seu processo clínico, como também de solicitar a transmissão da sua informação de saúde a terceiros, através do seu consentimento. A informação de saúde deverá ser comunicada por intermédio de um médico, com habilitação própria (Assembleia da República, 2005). Posto isto, independentemente do

contexto de cuidados, toda a informação que transmiti à PSC, e à sua família/cuidador após o consentimento desta, foi a informação inerente aos cuidados de enfermagem que havia prestado. Nas situações em que a informação solicitada não pertencia ao domínio de enfermagem, mas sim ao domínio médico (informação proveniente da observação médica, resultados analíticos, resultados de exames complementares de diagnóstico, futuros procedimentos, entre outros), limitei a minha intervenção ao informar o médico responsável pela pessoa sobre o desejo desta e/ou da sua família em obter essas informações, e deixei à sua consideração o esclarecimento dessa informação. A solicitação de informação sobre a PSC, por parte da família/cuidador, é uma realidade muito frequente nos contextos de prestação de cuidados à PSC, como são exemplos o SMI e o SU. No que respeita à transmissão de informação da PSC à família, ao longo do estágio percebi que a informação fora transmitida de acordo com a lei acima referida. Ao longo deste percurso, tive a oportunidade de refletir sobre esta temática com os meus tutores de estágio e outros enfermeiros. Ficará na minha memória, uma situação merecedora de uma reflexão crítica, no domínio ético-legal. Passo a uma pequena narrativa dessa situação: a filha de uma PSC internada no SMI, em fase de fim de vida, defendia que a mãe não deveria saber a verdade sobre o seu estado de saúde. Essa senhora encontrava-se internada há meses nesse mesmo hospital, era conhecedora da evolução do seu estado de saúde/doença e manifestava o desejo de continuar a saber a verdade sobre o mesmo. Um dia, em que eu me encontrava nesse serviço em estágio, a médica responsável pela senhora, informou-a sobre o seu atual estado crítico de saúde. Elucidou-a sobre o esgotamento das possibilidades de tratamento existentes, e que o que lhe tinha a oferecer seria o conforto necessário naquela fase da sua vida, que seria a fase de fim de vida. A senhora pareceu estar triste, mas tranquila com a sua realidade. Aceitou a informação que lhe fora transmitida e manifestou o desejo de ver a sua família no sentido de se despedir. Durante a visita da família, a filha apercebeu-se da conversa que a médica tivera com a mãe e reagiu com um discurso e comportamento menos adequados, demonstrando emoções, como a raiva por terem informado a mãe sobre o seu verdadeiro estado de saúde. Nessa altura, ouvi opiniões díspares sobre o sucedido. Perante aquela situação, senti a necessidade de rever a norma legal para fundamentar a minha posição. Assim, recorri ao número 2 do artigo 3º da Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro dedicado à propriedade da informação de saúde, onde consta que “o titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente

demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado” (Assembleia da República, 2005, p. 607).

A análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas durante o estágio, no que respeita ao cumprimento das normas deontológicas e ético-legais, permitiu o meu desenvolvimento de competências neste âmbito: “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”; e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746).

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No que se refere ao domínio de competência comum do enfermeiro especialista acima citado, importa compreender o significado de qualidade nos cuidados de saúde, os quais integram os cuidados de enfermagem. A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que a qualidade é “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (Organização Mundial da Saúde, 2020, p. 13). Em 2006, a OMS declarou que os cuidados de saúde de qualidade seriam cuidados de saúde eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros. Outra definição importante para a compreensão das reflexões que serão realizadas neste domínio de competências, é a definição de Serviços de Saúde Integrados. Estes, são serviços que prestam cuidados de saúde, coordenados aos vários níveis e por todos os prestadores de serviços, no sentido de disponibilizar uma gama vasta de serviços de saúde ao longo da vida (Organização Mundial da Saúde, 2020). Deste modo, os cuidados de enfermagem são articulados com outros cuidados de saúde prestados por outros profissionais de saúde, onde a pessoa é o centro dos cuidados, no sentido de cumprir o objetivo a que todos se propõem. Os cuidados de saúde de qualidade assumem-se como sendo eficazes, por se basearem na evidência científica a todos aqueles que necessitam; seguros, pois evitam provocar dano à pessoa que os recebe; e centrados na pessoa, uma vez que se focam nas suas necessidades (Organização Mundial da Saúde, World Bank, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2018). Contudo, para que estes serviços de saúde constituam um benefício para a pessoa, deverão ser oportunos, mediante a redução dos tempos de espera, que poderão ser prejudiciais quando são elevados; equitativos, no sentido de se adequarem às necessidades da pessoa sem discriminação; e

eficientes, maximizando o benefício dos recursos disponíveis e minimizando o desperdício (Organização Mundial da Saúde, 2020; Organização Mundial da Saúde, World Bank, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2018).

Integrados nos cuidados de saúde, os cuidados de enfermagem deverão obedecer a um conjunto de padrões de qualidade definidos pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Uma vez que o presente relatório se insere no âmbito do curso de mestrado em EMCEPSC, o foco será mantido nos cuidados de enfermagem especializados à PSC. Segundo a OE, os cuidados de enfermagem especializados à PSC 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os enunciados descritivos da qualidade do exercício de enfermagem especializada pretendem ser um instrumento importante na definição do “papel do enfermeiro especialista junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em PSC encontram-se identificados em sete categorias de enunciados descritivos, sendo eles: “a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados, e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17241).

No sentido de desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, estabeleci como objetivo a promoção da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. Para atingir esse objetivo, desenvolvi um conjunto de atividades que me permitiram desenvolver competências neste domínio, sendo elas: “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747).

No decorrer do estágio final, o foco da minha intervenção especializada incidiu sobre a adequação dos cuidados às necessidades apresentadas pela PSC e pela sua família/cuidador (cuidados centrados na pessoa), privilegiando os cuidados seguros (promoção da saúde/prevenção de complicações), oportunos (prontidão) e eficientes (maximização de recursos e minimização do desperdício).

Sendo o ambiente, um conceito do quadro conceptual de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), um dos principais focos da minha prestação de cuidados de enfermagem, ao longo do estágio final, foi o desenvolvimento de competências na

otimização do ambiente e dos processos terapêuticos na PSC e na família/cuidador. Uma vez que o ambiente é “o meio onde as pessoas vivem e se desenvolvem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 9), apresentando influência nos seus comportamentos, é fundamental que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar esse ambiente, no contexto de cuidados, tornando-o favorável à prestação dos mesmos. A otimização desse ambiente, deverá promover a segurança da PSC e potenciar a efetividade dos cuidados que nele são prestados.

Ao longo do estágio final, demonstrei a preocupação em tornar o ambiente onde a PSC se encontrava, um ambiente favorável ao seu bem-estar. Esta otimização do ambiente foi concretizada através de medidas como: a adequação da temperatura do ambiente (ar condicionado no SMI, e roupas/cobertores/janelas no SU); a gestão da luz e do ruído; o incentivo à presença de objetos provenientes do domicílio junto da PSC; a organização do quarto/unidade onde se encontrava a PSC; a disponibilização de equipamentos, como uma mesa de apoio, que permitissem ter próximo de si objetos pessoais de interesse, como: o relógio, óculos, telemóvel, um copo de água, lenços de papel, entre outros; o incentivo à utilização de equipamentos de entretenimento, como: um rádio, um livro, um *tablet*, quando a PSC apresentava condições que permitissem a utilização destes materiais (Mahmood & Tayib, 2020; Jongerden, et al., 2013). Embora todas estas intervenções contribuam para o bem-estar da PSC, a adequação da luz, do ruído e da temperatura do ambiente que envolve a PSC, são três das medidas com maior impacto no bem-estar da PSC (Jongerden, et al., 2013).

Ao longo do estágio, demonstrei preocupação em adequar a fonte e a intensidade da luz à hora do dia e aos cuidados prestados. Esta medida, teve como finalidade, manter o ciclo circadiano da pessoa, dentro do que fora possível, promover o descanso e prevenir complicações associadas às perturbações do sono, como o *delirium*. Em contexto de cuidados intensivos, essa medida foi implementada através da abertura da janela/estore da unidade onde se encontrava a PSC, promovendo a entrada de luz natural no meu primeiro contacto com ela, no turno da manhã. A evidência científica demonstra que a luz natural traz benefícios para a saúde física, psicológica e mental da pessoa, sobretudo em contexto de cuidados intensivos. Os benefícios passam pela redução da depressão, prevenção de *delirium*, prevenção de patologias associadas a baixos níveis de vitamina D, redução no tempo de internamento, melhoria do estado de alerta e redução no consumo de analgésicos, não esquecendo a vantagem ambiental pelo menor consumo de energia (Amleh, Halawani, & Hussein, 2022). Sempre que a PSC esteve consciente, capaz de tomar decisões e participar no planeamento dos seus cuidados, esta intervenção fora realizada após o seu consentimento.

De um modo geral, esta medida foi aceite de bom grado. Contudo, existiram situações de fotofobia, nas quais a presença de luz, natural ou artificial, provocaram desconforto à PSC. No sentido de atenuar esse desconforto, solicitei à família/cuidador da PSC que trouxesse uns óculos de sol para serem utilizados nas situações que exigissem a presença de luz no seu ambiente (prestação de cuidados/procedimentos/transporte). Ao anoitecer, quando a presença de luz já não era necessária à prestação de cuidados, mantive a preocupação em minimizar ou apagar essa luz, pois mesmo os baixos níveis de luminosidade podem contribuir para a diminuição da secreção de melatonina, interferindo com a qualidade e duração do sono (Younis, Hayajneh, & Alshraideh, 2021). Contudo, uma luz de presença fora solicitada por algumas pessoas que apresentaram como justificação o facto de se sentirem mais seguras com ela.

Perante situações em que a pessoa se encontrava mais confusa e/ou agitada, uma luz de presença foi imprescindível para uma maior segurança dos cuidados, permitindo uma vigilância adequada da pessoa e a prevenção de incidentes como, por exemplo, as quedas ou exteriorização de um dispositivo invasivo (dreno, sonda entérica, sonda vesical, cateter, entre outros).

Claramente, ao longo do meu estágio final, esta otimização do ambiente fora mais facilitada no contexto de cuidados intensivos do que em contexto de urgência. Ao longo do estágio, no SU, verifiquei que esta gestão ambiental constitui um verdadeiro desafio para o enfermeiro especialista. Neste serviço, são poucas as janelas existentes nas áreas onde são prestados os cuidados de enfermagem. A elevada rotatividade de pessoas a circular nessas áreas implica a presença de luz quase constante, uma vez que não existe uma rotina de cuidados, em muitas das suas áreas. No SU, foram poucos os turnos da noite em que foi possível minimizar a intensidade da luz, de modo a permitir o descanso ou o adormecer das pessoas que lá se encontravam. Além disso, verifiquei a impossibilidade de gerir a fonte de luz, predominando a presença de luz artificial. Tal como a gestão da luz, o mesmo aplica-se à gestão do ruído. No estágio em contexto de urgência, constatei que a gestão do ruído só era possível em duas áreas isoladas: uma sala de tratamentos e no serviço de observação. Nas restantes áreas, constatei fontes de ruído como, por exemplo, a deambulação frequente de pessoas; a circulação de macas e cadeiras de rodas; a expressão vocal de sofrimento, quer das pessoas necessitadas de cuidados, quer da família/cuidador; a elevada concentração de pessoas em espaços reduzidos; a chamada de pessoas por parte dos profissionais de saúde, para uma observação ou realização de um exame complementar de diagnóstico; e a comunicação oral entre os vários profissionais, e destes com as pessoas e suas famílias.

Em contexto de cuidados intensivos, a prestação de cuidados à PSC não obedece a uma rotina, pela situação de instabilidade em que muitas se encontram e pelas frequentes admissões a qualquer hora do dia, mas o seu espaço físico facilita uma melhor gestão do ruído e da luz, comparativamente ao SU. Essa melhor gestão destes fatores ambientais deve-se, não só à sua estrutura física, mas igualmente à formação de todos os profissionais que lá trabalham. O SMI onde estagiei é constituído por duas unidades comunicantes: a unidade um e a unidade dois. Embora a unidade um (mais antiga) seja constituída por um espaço aberto e alguns quartos que permitem o isolamento da PSC, a segunda unidade (mais recente) é apenas constituída por quartos individuais onde cada PSC encontra-se isolada das restantes. Esta particularidade, promove uma maior privacidade e uma melhor gestão da luz e do ruído durante a prestação de cuidados. Como resultado da pesquisa efetuada, no sentido de conhecer que documentação se encontra disponível sobre as recomendações para a construção de unidades de cuidados intensivos, encontrei um documento que me leva a constatar que a unidade dois fora construída com base nas Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (Administração Central de Serviços de Saúde, IP, 2013). Relativamente à gestão da temperatura do local onde se encontra a PSC, e das medidas aplicadas na sua otimização, ao longo do estágio final, foram diferentes nos dois contextos. No SMI, sobretudo na unidade recente, foi possível ajustar a temperatura do ambiente, através do uso de ar condicionado existente em cada quarto, tornando possível uma gestão personalizada. No SU, a gestão da temperatura consistia em providenciar roupa (cobertores) para aquecer a pessoa, ou remover essa roupa para o seu arrefecimento. Na SE, verifiquei e utilizei um aquecedor (emissor de ar quente) nas situações graves de hipotermia, equipamento esse que permitiu o restabelecimento da normotermia, de uma forma mais eficiente.

Mantendo o foco na otimização do ambiente, a disponibilização de uma cadeira para as visitas poderem sentar-se foi outra preocupação que mantive ao longo do estágio, em ambos os contextos. Parece uma intervenção muito simples, mas percebi que este pequeno gesto pode fazer a diferença na qualidade das horas de visita. A presença de uma cadeira perto da PSC, convida as suas visitas a sentarem-se e a permanecerem mais tempo na sua companhia, pelo conforto que lhe é proporcionado. O ambiente onde se encontra a PSC é constituído por elementos humanos, e “o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados” contribui para a satisfação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 14). Deste modo, a companhia da família/cuidador e de amigos pode contribuir para a melhoria do bem-estar de todos, quando esta companhia é desejada pela PSC (Mahmood

& Tayib, 2020). Esse bem-estar irá, por sua vez, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Yoo, Lim, & Shim, 2020).

O impacto inicial de locais, como o SMI e a SE, área do SU dedicada à PSC, é descrito por esta e pela sua família/cuidador como significativo. Após abordar a PSC e a sua família/cuidador, no sentido de compreender a sua perceção sobre estes serviços, verifiquei que, no início, esta não era a melhor. Os testemunhos destes foram ao encontro do que está descrito na literatura, sendo estes serviços caracterizados como sendo locais assustadores, cujos ambientes são mencionados como pesados (Andersson, Fridh, & Lindahl, 2019). Esta perceção, poderá ser justificada pelas características do seu espaço físico, no qual encontram-se bastantes equipamentos que emitem diferentes estímulos visíveis e audíveis (monitorização de parâmetros, alarmes de equipamentos); pelos profissionais que, para além de serem desconhecidos, circulam num “frenesim” característico, embora necessário aos cuidados; pela incompreensão por parte da PSC e da sua família sobre os processos pelos quais está a passar e pelo que assiste de outras pessoas que, tal como ela, recebem cuidados (Rowe & Knox, 2023; Asadi & Salmani, 2024).

O eventual desconforto provocado pelo colchão onde está deitada e a presença de dispositivos inseridos no seu corpo (invasivos), não ajudam a melhorar esta perceção. Muitos são os dispositivos introduzidos no seu corpo, que lhe poderão provocar dor e desconforto: os cateteres venosos (periféricos e/ou centrais), o cateter arterial, o cateter vesical, a sonda entérica, o tubo orotraqueal ou a traqueostomia. Ou procedimentos, como: alternância de decúbitos no leito, transferência para o cadeirão e deste para a cama, aspiração de secreções, cuidados de higiene, entre outros. Apesar de, no final, contribuírem para o conforto da PSC, quando são executados podem provocar desconforto e dor (Neme, et al., 2020). A acrescentar a tudo isto, a ausência das pessoas que lhe são significativas e o medo originado pelo futuro próximo desconhecido são outros fatores que pouco contribuem para uma visão inicial positiva destes serviços (Mahmood & Tayib, 2020). Não existe melhor prova destes sentimentos do que o testemunho das pessoas que vivenciaram experiências como estas nestes serviços. Durante o I Congresso de Enfermagem Intensiva Polivalente promovido pela ULS Gaia-Espinho, tive a oportunidade de assistir a vários testemunhos de pessoas que estiveram em situação crítica naquela unidade. Dos quais dois, ficarão na minha memória, pela capacidade demonstrada por aquelas pessoas de descrever as emoções e sentimentos que experienciaram, os cuidados especializados que lhes foram prestados e, sobretudo, por reconhecerem a intervenção da equipa de enfermagem como imprescindível na sua recuperação.

Enquanto elemento de uma equipa interdisciplinar, e responsável pela prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família/cuidador, o enfermeiro especialista apresenta um papel muito importante na prevenção desta perceção negativa inicial da PSC e da sua família/cuidador, sobre o serviço. Surge assim, o momento de acolhimento da PSC, e da sua família/cuidador, no serviço. Trata-se de uma estratégia que, independentemente do contexto de cuidados, considero fundamental para o início da construção de uma relação terapêutica, e que pode ser facilitadora no processo de adaptação da PSC à sua nova condição, bem como da sua família/cuidador (Naef, Stefanie von Felten, Petry, Ernst, & Massarotto, 2021; Groves, Bunch, & Kuehnle, 2023). Ao longo do estágio final, tive a oportunidade para refletir e testemunhar o impacto que este momento pode ter na construção dessa relação terapêutica. Apesar de ser efetuado em ambos os contextos de estágio, o contexto de cuidados intensivos foi o que me proporcionou maior contacto com a PSC e a sua família/cuidador, pelo que, grande parte do processo de desenvolvimento da competência “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363) fora efetuado nesse contexto de cuidados.

No SMI onde estagiei, o acolhimento da PSC e da sua família/cuidador é realizado pela equipa de enfermagem, embora a equipa médica desempenhe um papel ativo no esclarecimento de informações sobre o estado de saúde/processo de doença da PSC (Assembleia da República, 2005). O estágio final possibilitou a minha participação no acolhimento da PSC e da sua família/cuidador, em conjunto com o enfermeiro responsável de turno e/ou o enfermeiro responsável pelos cuidados à PSC. O acolhimento realizado preconizou a abordagem da família, de forma empática, com recurso a estratégias de comunicação eficazes, demonstrando momentos de abertura para responder a questões que pudessem ser colocadas, mas também de suporte da família/cuidador na expressão de emoções (Dees, Carpenter, & Longtin, 2022; Naef, Stefanie von Felten, Petry, Ernst, & Massarotto, 2021). Este processo, foi formalizado pela entrega de um folheto informativo onde constam as informações de maior interesse para a família, permitindo a sua consulta, sempre que necessário. Neste folheto, destacam-se as informações sobre o horário de visitas, os contactos telefónicos e eletrónicos do serviço, os objetos pessoais que a família poderia, ou deveria, levar para o familiar internado.

No SU, verifiquei que o acolhimento da PSC e da sua família/cuidador era, maioritariamente, efetuado ao nível da SE e OBS. Este acolhimento, tivera a finalidade de tranquilizar a PSC e a sua família, dar a conhecer os profissionais que nele trabalham,

providenciar a visualização do local onde a pessoa iria ficar, o que tranquilizou muitos familiares, bem como aproveitar o momento para esclarecer dúvidas e apresentar o plano de cuidados a prestar à PSC. Este contacto com a PSC e a sua família/cuidador no SU, acrescentou mais valor ao meu processo de desenvolvimento de competências neste domínio. Este acolhimento é o ponto de partida para a construção de uma relação terapêutica. Uma relação cujos intervenientes são o enfermeiro, a PSC e a unidade social a que esta pertence, a sua família. A comunicação eficaz é fundamental nesta relação, pois é através dela que o enfermeiro especialista consegue reconhecer as necessidades da PSC e da sua família, possibilitando a prestação de cuidados centrada na pessoa (Dees, Carpenter, & Longtin, 2022). Muitas vezes, a sessão de acolhimento da PSC e da sua família/cuidador surge como o momento oportuno para a identificação de perturbações emocionais decorrentes da gravidade do estado de saúde da PSC e o início do processo assistencial (Dees, Carpenter, & Longtin, 2022). A demonstração de empatia, o uso de estratégias de comunicação eficazes, a criação de um espaço, físico e temporal, para a expressão de sentimentos, o proporcionar de oportunidades para o pedido de ajuda podem potenciar o desenvolvimento desta relação terapêutica. No fundo, o acolhimento da PSC e da sua família visou demonstrar a estes, que todos os profissionais que ali se encontravam, e todos os procedimentos que seriam efetuados, tinham como objetivo primordial a sua recuperação total.

A participação nas sessões de acolhimento da PSC e sua família/cuidador, permitiu o meu desenvolvimento na competência específica “assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

Apesar de, o SMI e a SE, ao nível do SU, serem ambos contextos de cuidados especializados à PSC e à sua família/cuidador, constatei que são serviços com recursos diferentes, dinâmicas muito próprias e a satisfação dos profissionais díspar. Essas diferenças levaram-me a refletir sobre a importância do enfermeiro especialista no papel de gestor de serviço, gestor de cuidados, dinamizador da equipa, promotor da qualidade dos cuidados e da melhoria contínua destes. Assim, em cada contexto de cuidados, o enfermeiro especialista assume o dever de prestar o melhor cuidado que é possível, utilizando os recursos disponíveis, que aliados à vontade e determinação, poderão marcar a diferença no processo de saúde da pessoa a quem assiste.

Perante esta reflexão, fundamento o desenvolvimento na competência específica do enfermeiro especialista em EMCEPSC “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar

processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363), pela demonstração de desenvolvimento das competências “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

O Plano Nacional de Segurança para o Doente 2021-2026 (Direção-Geral da Saúde, 2021), foi um dos documentos orientadores no meu percurso de desenvolvimento de competências no domínio da melhoria da qualidade. Dos cinco pilares, sobre os quais este plano assenta, destaco o Pilar 1 Cultura de segurança e o Pilar 5 Práticas seguras em ambientes seguros, como fontes para a fundamentação das atividades que desenvolvi no âmbito da melhoria da qualidade. O primeiro pilar, tem como objetivo estratégico “promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente” através de ações como a “implementação de um plano de formação anual, no âmbito da segurança do doente, para os profissionais de saúde das unidades prestadores de cuidados de saúde”; e o pilar 5 apresenta como objetivo “implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” através de ações como “promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas... identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica”.

Durante o estágio no SMI, a identificação de uma necessidade formativa na equipa de enfermagem ofereceu-me a oportunidade de participar na melhoria da qualidade e segurança relacionada com a preparação e administração de medicação. Esta necessidade surgiu perante as dúvidas que foram sendo colocadas durante a preparação e administração de alguns medicamentos por via entérica, habitualmente administrados por via oral, e pela ocorrência frequente de obstrução das sondas entéricas (nasogástrica e nasojejunal). Perante isto, considerámos pertinente procurar a evidência científica existente nesta área para melhorar a prática dos enfermeiros, intervindo na melhoria da qualidade e segurança associadas à administração do medicamento. No contexto de cuidados intensivos, a nutrição e hidratação da PSC é, frequentemente, realizada através da via entérica. Muitos medicamentos são administrados por esta via, não só por não existirem sob formulações que os permitam serem administrados por outras vias, mas também por a via entérica apresentar benefícios em relação às outras (endovenosa, intramuscular, subcutânea). Neste sentido, foi realizada uma revisão da literatura, com a finalidade de encontrar evidência científica que permitisse responder às questões levantadas na prática, e divulgar o conhecimento necessário

para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A divulgação desse conhecimento, foi concretizada através da elaboração e exposição de um pôster no I Congresso de Enfermagem Intensiva Polivalente da ULS Gaia-Espinho (Apêndice I) e sob a forma de uma ação de formação à equipa de enfermagem do SMI onde estagiei (Apêndice II).

Durante o estágio realizado no SU, identifiquei algumas oportunidades de melhoria relacionadas com a segurança dos cuidados. No entanto, por envolverem decisões de nível organizacional e implicarem recursos adicionais, essas questões foram, maioritariamente, abordadas, com o enfermeiro tutor e outros elementos da equipa de enfermagem.

A SE é a área do SU que acolhe a PSC, proveniente do exterior ou de outra área do SU, perante uma instabilidade que coloca a sua vida em risco. Durante o estágio, observei que, nem todos os enfermeiros, ficavam alocados a esta área. Ao questionar o enfermeiro tutor e outros colegas sobre o respetivo motivo, percebi que a designação dependia da experiência profissional na prestação desses cuidados altamente específicos. Acreditando na premissa de que a experiência promove o desenvolvimento de competências, não fosse a exigência da realização de estágios nos cursos de licenciatura e mestrado uma prova disso (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006), decidi recorrer à evidência científica para fundamentar esta minha crença e justificar a oportunidade que poderia ser dada a todos os enfermeiros do SU que manifestassem vontade, de experienciar a prestação de cuidados à pessoa que entra na SE, e desenvolver competências nesse contexto. Após alguma reflexão sobre a problemática, defini como uma atividade a desenvolver, o estudo sobre o impacto que a prática de simulação clínica poderia ter, não só na integração de novos enfermeiros nas equipas de emergência, mas também na melhoria da qualidade dos cuidados prestados por aqueles que já intervêm nessa área. Nesse sentido, foi efetuada uma revisão da literatura sobre esta temática, da qual resultou um artigo de revisão sob a forma de *scoping review*, que foi submetido para publicação numa revista científica, estando a aguardar a revisão por pares.

Face ao referido, fundamento o meu desenvolvimento nas competências: “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e planeia programas de melhoria contínua” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados é promovida pelo desenvolvimento de práticas de qualidade. O resultado dessa melhoria dos cuidados é avaliado pelo impacto que essas práticas apresentaram sobre a saúde da pessoa e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Atendendo a que a qualidade dos cuidados está associada à eficácia e eficiência, à

prontidão e à segurança, podemos deduzir que os cuidados de enfermagem prestados à PSC, na qualidade desejável, conseguirão cumprir o objetivo a que se propõem, no momento oportuno, não colocando em risco a pessoa, nem a equipa prestadora de cuidados de saúde. Para isso, o enfermeiro especialista deverá demonstrar competência no desenvolvimento de um plano de cuidados orientado às necessidades da PSC, e da sua família/cuidador. Enquanto estudante e futura enfermeira especialista em EMCEPSC, várias foram as competências que considerei desenvolver ao longo do estágio final, do domínio da melhoria da qualidade. O desenvolvimento da capacidade de raciocínio crítico-reflexivo sobre os cuidados necessários à PSC foi um dos focos que pretendi manter ao longo do estágio. Durante cada turno, senti a necessidade de observar e refletir sobre os cuidados que eram prestados e a pertinência da informação comunicada na passagem de turno e de que forma era efetuada, no sentido de identificar e compreender as necessidades da PSC e, futuramente, ter a capacidade para elaborar um plano de cuidados adequado à PSC. A adequação dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, pressupõe que o enfermeiro especialista apresente a capacidade de priorizar perante um conjunto de cuidados que é necessário prestar, atendendo às múltiplas necessidades manifestadas pela PSC. Assim, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de identificar necessidades emergentes, urgentes e não urgentes na PSC. Essas necessidades podem ir desde o reconhecimento de sinais de instabilidade na PSC e respetiva resposta no sentido da estabilização, a satisfação de necessidades humanas básicas e a realização de atividades de vida diária, à administração e ajuste de terapêutica, a preparação da PSC para a realização de um procedimento ou transporte, ou pela monitorização de vários parâmetros, como por exemplo: os sinais vitais, a monitorização eletrocardiográfica, o débito urinário no sentido de antecipar alguma eventual instabilidade, na avaliação e monitorização da dor, entre outros.

Grande parte do desenvolvimento de competências específicas da área de especialização em enfermagem em PSC, foi realizado através da minha participação na prestação de cuidados à PSC e à sua família/cuidador. Dessa prestação de cuidados, resultou o desenvolvimento de capacidades, como a observação e a reflexão crítica, que me permitiram aprimorar a minha capacidade de reconhecer as necessidades manifestadas pela PSC e sua família/cuidador num determinado momento. Por sua vez, essa capacidade viabilizou a definição de um plano de cuidados adequado para atender tais necessidades. Sobretudo no contexto de cuidados intensivos, esta reflexão foi quase permanente. A sua finalidade fora compreender a pertinência de um determinado cuidado, compreender a prioridade do mesmo

em relação aos outros, fundamentar a utilização de um protocolo, ou uma metodologia, na prestação de cuidados.

Outra temática de grande importância na área da saúde, e que é transversal a todos os contextos de cuidados, é a dor. Um dos objetivos específicos traçados e apresentados no projeto de estágio consistiu em “promover o controlo da dor e o bem-estar da PSC”, de forma a desenvolver uma das competências específicas desta área de especialização de enfermagem “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

A literatura refere que a dor está presente em cerca de 50% das PSC em repouso, e poderá ir até 80%, quando resultante de procedimentos previsíveis e/ou inerentes ao internamento em cuidados intensivos (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2024).

No contexto de cuidados intensivos, prevalecem muitas das situações em que a PSC se encontra sob o efeito de sedação, o que a torna incapaz de exprimir verbalmente sensações como a dor. O facto de a PSC estar sob o efeito de um sedativo, não invalida que esta possa ter dor (Devlin, et al., 2018; International Association for the Study of Pain, 2020). Sendo a dor um sinal de lesão ou disfunção de um órgão (Direção-Geral da Saúde, 2017), torna-se essencial avaliar continuamente a dor na PSC, quer se encontre sob sedação ou não. Esta avaliação contínua, possibilita o tratamento proativo e preventivo. Nos casos em que a PSC não apresenta dor, deverá ser administrada analgesia precoce e preventiva, sempre que for realizado um procedimento programado (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2024).

O estágio que realizei em contexto de cuidados intensivos, permitiu-me aplicar os conhecimentos que adquiri nas aulas teóricas deste curso de mestrado ao longo da minha prestação de cuidados. Para avaliar a dor na PSC que se encontrava sedada, utilizei a escala comportamental de dor (BPS - *Behavior Pain Scale*) (Pinho, 2020; Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2024; Neme, et al., 2020). Perante a presença de dor, a intervenção do enfermeiro especialista passa por decidir quais as medidas a implementar para a sua resolução. Estas medidas podem passar por medidas não farmacológicas, como a aplicação de gelo, massagem, musicoterapia, alternância de decúbito ou troca de um dispositivo, e/ou por medidas farmacológicas, através da administração de fármacos, como analgésicos não opióides e adjuvantes (anti-inflamatórios não esteroides) e analgésicos opióides. A administração de analgésicos deverá seguir a escada de analgesia recomendada pela OMS (Srikrajang, Komolsuradej, Chaovalit, & Chuaychoosakoon, 2024). De acordo com esta escada, a analgesia deverá começar com a administração de analgésicos não opióides que poderão estar associados a outros fármacos, como os anti-inflamatórios, antidepressivos e

relaxantes musculares, que potenciam a ação do analgésico. Caso esses fármacos não se mostrem eficazes na resolução da dor, será necessário escalar a analgesia para a administração de analgésicos opióides mais fracos, como é o caso do tramadol e da ropivacaína. Mas, muitas vezes, a combinação da analgesia não opióide e adjuvantes com opióides mais fracos não é suficiente para tratar a dor de elevada intensidade, tornando-se importante escalar para a administração de analgésicos opióides de maior intensidade, como é o caso da morfina, fentanil e petidine (Pinho, 2020).

Para além da gestão da dor, a ansiedade e o *delirium* são outras fontes de desconforto e consideradas complicações inerentes à doença crítica e/ou falência orgânica na PSC, quer em contexto de cuidados intensivos, quer na SE. Estas são temáticas que considero merecedoras de serem refletidas neste relatório, pela implicação que têm na saúde da PSC e, consequentemente, na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Enquanto a dor pode ser prevenida ou tratada, com analgésicos, os sedativos são utilizados com o propósito de reduzir a ansiedade, promover o repouso adequado e reduzir as sensações desagradáveis dos tratamentos ou procedimentos (Pinho, 2020). Atualmente, é recomendado manter uma sedação leve na PSC permitindo-a manter um estado de alerta que a torne capaz de responder a instruções simples e prevenir complicações associadas à sedação profunda (Devlin, et al., 2018; Pinho, 2020). A dor, muito frequente na PSC em cuidados intensivos, quando associada a outros problemas de saúde pode levar a situações de agitação, ansiedade e *delirium*. De forma a minimizar os efeitos negativos que estes possam ter na recuperação da PSC, é boa prática fazer uma gestão adequada da administração de analgésicos, sedativos e antipsicóticos. Uma analgesia eficaz irá potenciar uma redução na dose administrada de sedativos, o que, por sua vez, irá contribuir para uma redução do tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI)/desmame ventilatório mais rápido, reduzir as complicações associadas à VMI, redução do tempo de internamento num SMI e no hospital, redução dos custos associados a exames auxiliares de diagnóstico e de internamento, redução da mortalidade e melhoria do prognóstico (Pinho, 2020; Neme, et al., 2020; Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2024).

Além da dor e da ansiedade, as perturbações do sono e o *delirium* são outros fatores determinantes de bem-estar e que influenciam a recuperação da saúde da PSC. A evidência científica demonstra a relação que estes têm com a sedação. A sedação prolongada potencia a ocorrência de *delirium*, e a presença deste, compromete o ritmo circadiano da PSC, que por sua vez leva a perturbações do sono. Tal como a dor, perante situações como a perturbação do sono e a presença de *delirium*, o enfermeiro especialista deverá possuir

conhecimentos que o permitam desenvolver um raciocínio crítico e a tomada de uma decisão, bem fundamentada, no sentido de resolver estas situações que colocam em risco o bem-estar da PSC, e a qualidade dos cuidados prestados. Para garantir o conforto da PSC, o enfermeiro especialista deverá identificar sinais e sintomas de presença de dor e de ansiedade, avaliar a adequação da analgesia e sedação administrada e identificar sinais e sintomas que demonstrem a presença de *delirium*, objetivando a sua prevenção e controlo. Muitas vezes, a PSC não está capaz de expressar desconforto verbalmente, mas demonstra-o de outra forma, através de sinais e sintomas, possíveis de serem identificados por alguém com essa competência, como o enfermeiro especialista.

No sentido de desenvolver competência na identificação de sinais e sintomas de dor e desconforto da PSC, o estágio no SMI foi muito enriquecedor, pois permitiu-me experienciar a aplicação de instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa, e utilizadas nesse sentido: a *Behavior Pain Scale* para a avaliação da dor no doente que não consegue expressar verbalmente a sua dor (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2024; Pinho, 2020; Neme, et al., 2020); a *Richmond Agitation Sedation Scale* utilizada para avaliar o nível de agitação/sedação da pessoa sob sedação (Pinho, 2020; Neme, et al., 2020) e a escala *Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit* utilizada para avaliar a presença de *delirium* na PSC (Pinho, 2020; Erel, Aydın, Nazlıel, & Karabıyık, 2024). A oportunidade de cuidar da PSC, em contexto de SMI, permitiu-me desenvolver competências como “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363), através do desenvolvimento da capacidade de identificação de sinais fisiológicos (taquicardia, hipertensão arterial, hiperventilação) e emocionais (agitação, choro fácil, tristeza, insónia) de mal-estar, da gestão de medidas farmacológicas (analgésicos não opióides e adjuvantes, analgésicos opióides) e não farmacológicas (alternância de decúbitos, massagem, a aplicação de frio) no controlo da dor, a aquisição de conhecimentos necessários à correta fundamentação da gestão da sedo-analgesia que considerava necessária num determinado momento, bem como o desenvolvimento de habilidades nessa gestão. Uma vez que a competência acima referida não se refere apenas à gestão da dor, mas também do bem-estar da PSC, o desenvolvimento da mesma implicou o meu aperfeiçoamento no reconhecimento de sinais e sintomas associados à ansiedade e ao *delirium* na PSC, através da utilização dos instrumentos de avaliação acima apresentados, como também uma reflexão sobre a melhor estratégia a utilizar na prevenção e tratamento destas complicações. A aquisição desses

conhecimentos e o desenvolvimento de algumas habilidades tornaram-se úteis no contexto de estágio seguinte, no SU.

Uma vez que a qualidade está relacionada com a segurança, importa abordar a intervenção do enfermeiro especialista na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, na área de enfermagem à PSC. Uma intervenção num domínio de competências específicas não menos importante do que as restantes, pois as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma das principais causas de morte em contexto hospitalar (Direção-Geral da Saúde, 2017). Um dos objetivos gerais traçado no projeto de estágio, neste âmbito foi “promover a prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos através do reconhecimento do potencial de infeção na PSC e promoção de medidas de prevenção, intervenção e controlo de infeção”. Assim, ao longo do estágio final, foram desenvolvidas algumas atividades, como por exemplo: identificar os principais focos de infeção na PSC; respeitar as *bundles* estabelecidas pelo serviço de controlo de infeção e resistência a antimicrobianos (SCIRA); incluir a PSC, família/cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção; diagnosticar as necessidades da equipa em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção; fomentar estratégias pró-ativas em cenários onde o risco de infeção e transmissão de microrganismos é elevado. O estágio realizado em contexto de cuidados intensivos foi muito enriquecedor no desenvolvimento de competências nesta área. Naquele contexto, pude constatar o rigor no cumprimento das normas recomendadas pelo SCIRA. Quando me refiro às normas, refiro-me não só ao cumprimento das normas de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), mas também ao cumprimento das *bundles* ou feixes de intervenção de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos. O estágio realizado contribuiu para a melhoria da minha prestação de cuidados à PSC no âmbito da prevenção e controlo de infeção pela exigência demonstrada por toda a equipa de enfermagem no cumprimento rigoroso das normas recomendadas pelo SCIRA. Enquanto futura enfermeira especialista, e decorrente do processo de desenvolvimento de competências neste âmbito, a minha prestação de cuidados refletiu o cumprimento das *bundles* definidas pela Direção-Geral da Saúde, com o objetivo de promover a prevenção: da pneumonia associada à intubação (Direção-Geral da Saúde, 2022); da infeção relacionada com o Cateter Venoso Central (CVC) (Direção-Geral da Saúde, 2022), da infeção urinária associada ao cateter vesical (Direção-Geral da Saúde, 2022) e da infeção do local cirúrgico (Direção-Geral da Saúde, 2022).

No sentido de intervir ao nível da prevenção da pneumonia associada à ventilação, recorri a medidas como: manutenção da cabeceira do leito elevada a 30°, higienização oral, pelo menos, 3 vezes por dia e manutenção da pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (centímetros de água) e monitorização de, pelo menos, 3 vezes nas 24 horas (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Relativamente à prevenção da infeção relacionada com o CVC, durante a prestação de cuidados de enfermagem que implicasse a colaboração na colocação de um CVC ou a sua manipulação, demonstrei o cuidado necessário ao realizar a desinfeção da pele com clorexidina (CHD) a 2% em álcool, avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC, através da consulta da prescrição terapêutica e da avaliação da qualidade dos acessos venosos periféricos; higienizar as mãos previamente à manipulação do CVC; descontaminar os pontos de acesso com antisséptico (álcool 70° ou clorexidina a 2% em álcool) e realizar o penso do CVC recorrendo à técnica asséptica (Direção-Geral da Saúde, 2022).

O cateter vesical é um dispositivo invasivo frequentemente encontrado na PSC, uma vez que a função renal é uma função vital e precisa de ser vigiada e monitorizada, sendo para isso, necessário avaliar as características da urina e monitorizar frequentemente o débito urinário. Contudo, tal como todos os dispositivos invasivos, existe um risco importante de infeção urinária associada ao cateter vesical, pelo que é necessário tomar medidas que visem a sua prevenção. Tal como o CVC e o tubo endotraqueal, a minha prática primou pela prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical através do cumprimento da técnica asséptica na cateterização vesical e na conexão ao sistema de drenagem; cumprimento da técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, assegurando a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado; realização da higiene diária do meato urinário no momento do banho e nos cuidados de higiene parciais efetuados ao longo do dia; fixação do cateter vesical de forma a o manter seguro, mantendo o saco coletor abaixo do nível da bexiga, de forma a possibilitar a drenagem de urina e evitar o retorno da urina à bexiga; esvaziamento do saco coletor quando este atinja dois terços da sua capacidade e avaliação diária sobre a possibilidade de remover o cateter vesical e sua remoção sempre que foi possível (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Não menos importante, o cuidado da prevenção de infeção associado ao local cirúrgico. Esta prevenção foi realizada através da realização do banho com clorexidina (2 a 4%) no dia da cirurgia. A *bundle* refere que, idealmente, o banho deverá ser efetuado também na noite anterior à cirurgia (Direção-Geral da Saúde, 2022). Em contexto de cuidados intensivos, esta prática não foi aplicada, uma vez que as cirurgias efetuadas foram de caráter urgente.

Também não existiu nenhuma contraindicação para a utilização de clorexidina na preparação da pele no momento do banho.

Além das medidas enunciadas, muitas outras foram tomadas neste âmbito do controlo de infeção, como: assépsia da pele antes de procedimentos invasivos, como a colocação de drenos (torácicos e abdominais), cateter epidural, cateter arterial, CVC necessário à realização de técnicas de substituição renal, trocas de sistemas de perfusão com especial atenção para aqueles onde perfundem soluções lipídicas, como a alimentação parentérica e o propofol, o rastreio de Microrganismos Alerta e Microrganismos Problema na admissão da pessoa no serviço e o isolamento respetivo que é necessário (Direção-Geral de Saúde, 2022). Gostaria ainda de acrescentar uma particularidade que observei no SMI onde estagiei, e que me fez refletir sobre a qualidade e a segurança dos cuidados que ali eram prestados. A existência de uma *checklist* para cada uma das *bundles*. Considero uma medida bastante pertinente, que visa a segurança dos cuidados e que, ao mesmo tempo, protege os profissionais e a PSC através da minimização do risco de ocorrência de erro.

No contexto do SU, identifiquei algumas necessidades de melhoria no âmbito da prevenção e controlo de infeção tais como: maior assiduidade na higienização das mãos, atendendo aos cinco momentos preconizados; a disponibilização de mais pontos de desinfeção das mãos para os utentes e famílias, e para os profissionais; um local mais adequado para a realização de técnicas como a algaliação, a colocação de sonda nasogástrica, e tratamento de lesões da pele (feridas, úlceras de pressão), lavagem de cateteres ureterais entre outras; o uso de equipamento de proteção individual mais frequente, nomeadamente o avental nos cuidados de higiene parciais, troca de sacos de ostomias, durante a execução de algumas técnicas que impliquem um contacto físico mais próximo da pessoa, como as algaliações e a colocação de sonda nasogástrica; o uso de toalhetes com álcool na desinfeção de cateteres periféricos antes da administração de medicação; o correto manuseamento dos sacos coletores de urina; a disponibilização de máscara cirúrgica à pessoa que apresenta sintomas respiratórios sugestivos de infeção na área da triagem, assim como a disponibilização de antisséptico para desinfeção das mãos. Embora não me tenha sido possível elaborar uma formação no sentido de melhorar práticas neste âmbito, pela indisponibilidade de tempo necessário à sua realização, estas oportunidades de melhoria da prática foram discutidas junto do tutor e de outros elementos da equipa de enfermagem e TAS.

Assim fundamento o meu desenvolvimento na competência específica de enfermeiro especialista na área de enfermagem à PSC “maximiza a prevenção, intervenção e controlo

da infecção 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 adequada” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19364).

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Conforme abordado no subcapítulo anterior, a OMS define cuidados de saúde de qualidade como sendo cuidados eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros (Organização Mundial da Saúde, 2020). A OE defende que os cuidados de enfermagem com qualidade devem cumprir determinados padrões (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2015), e que “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 5949).

O presente domínio de competências encontra-se inserido no âmbito da Gestão, e pretende evidenciar a relevância que o enfermeiro especialista apresenta nesta área do conhecimento. Previamente a uma reflexão sobre este domínio, importa introduzir o conceito de gestão na área da prestação de cuidados de saúde. A gestão é uma área do conhecimento das ciências sociais, definida como sendo “o processo de coordenar as atividades dos membros de uma organização, através do planeamento, organização, direção e controlo dos recursos organizacionais, de forma a atingir, de forma eficaz e eficiente, os objetivos estabelecidos” (Mações, 2018, p. 35). Associado à gestão, encontra-se o conceito de Liderança, sendo “o conjunto de processos e comportamentos usados por alguém para motivar, inspirar e influenciar comportamentos de outras pessoas com vista a alcançar os objetivos da organização” (Mações, 2018, p. 285). Perante estes conceitos e respetivas definições, torna-se evidente que a gestão e a liderança devem caminhar juntas e que um bom gestor deverá ser também um líder. A interação entre o gestor e os restantes elementos de uma organização é concretizada através de um processo de comunicação, imprescindível à garantia da eficácia e da eficiência de uma gestão. A comunicação tem como propósito motivar ou influenciar as outras pessoas. Mas, para que tal aconteça, é necessário que o significado das mensagens enviadas, seja compreendido por quem as recebe. Desta forma, comunicar efetivamente torna-se um desafio para os gestores. O conceito de gestão encontra-se associado a outros conceitos muito pertinentes à reflexão a que me proponho realizar neste relatório, como os conceitos de eficácia e eficiência. Considerados conceitos-chave da gestão, estes são definidos como a capacidade de realizar atividades que permitam atingir os

objetivos da organização (eficácia), e a capacidade de conseguir o máximo de resultados com o mínimo de recursos (eficiência) (Mações, 2018). Atualmente, uma das problemáticas vividas na gestão em saúde é a limitação dos recursos existentes para a satisfação das necessidades sentidas (Pisco, Silva, & Monteiro, 2024).

O enfermeiro especialista, enquanto profissional de saúde, intervém nos cuidados de saúde à PSC através do estabelecimento de uma relação de interdependência com os restantes elementos da equipa. De acordo com o artigo 9º do REPE, “as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes” (Ministério da Saúde, 1996). Autónomas, porque têm origem na prescrição do enfermeiro e são executadas por ele, e interdependentes, porque têm origem na prescrição de outro profissional de saúde, mas quem as executa é o enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Este sentido de interdependência dos cuidados, orienta-nos para o pressuposto de que existe mais alguém responsável pelos cuidados à pessoa para além do enfermeiro. Surge, então, o conceito de Equipa, definida como “um grupo de pessoas com capacidades complementares, cujos membros trabalham intensivamente entre si para atingirem um objetivo comum” (Mações, 2018, p. 312). Assim, os objetivos de desempenho são partilhados pelos membros da equipa, bem como as responsabilidades nos resultados. A evidência demonstra que o desempenho da equipa é superior ao desempenho individual de cada um dos elementos da equipa, principalmente quando estamos perante a execução de tarefas complexas, exigentes de múltiplas capacidades e experiências diversificadas (Mações, 2018). Através do trabalho em equipa é possível reduzir custos, aumentar a produtividade, melhorar a qualidade, inovar e acelerar a tomada de decisões (Mações, 2018).

O objetivo deste subcapítulo é refletir e clarificar o papel do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados, e fundamentar o meu desenvolvimento de competências específicas neste domínio. Considero que a gestão dos cuidados poderá ser refletida em duas vertentes: na vertente do enfermeiro especialista, enquanto enfermeiro gestor de serviço; e enquanto enfermeiro prestador direto de cuidados de enfermagem especializados à PSC.

Embora o acompanhamento do exercício do enfermeiro gestor de serviço não tenha sido definido como um objetivo a cumprir durante o estágio final, percebi o impacto que este pode ter no desempenho da sua equipa. A realização do estágio final permitiu-me testemunhar a correlação existente entre a excelência dos cuidados de enfermagem prestados à PSC e o perfil de liderança do enfermeiro gestor do serviço. No domínio das competências de gestão, cabe ao enfermeiro gestor garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera; garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de

enfermagem; gerir o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera e garantir a prática profissional baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, o enfermeiro gestor é considerado “o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, está explícita a responsabilidade e influência que este apresenta na motivação da sua equipa para atingir a excelência dos cuidados. O estágio final permitiu-me observar e refletir sobre o impacto que diferentes tipos de gestão e liderança, podem ter no desempenho da sua equipa. Constatei que a forte liderança do enfermeiro gestor pode estar na base da excelência dos cuidados prestados pela sua equipa, e que as intervenções focadas na satisfação dos elementos da equipa são impulsionadoras da eficiência na prestação de cuidados (Grubaugh & Flynn, 2018). Da mesma forma, verifiquei que um ambiente favorável à satisfação dos enfermeiros pode ser potenciado pela realização de um horário de trabalho equitativo, pela disponibilização de recursos físicos e humanos adequados a uma prática segura; pelo desempenho de um papel ativo na formação e desenvolvimento de competências dos elementos da sua equipa; pela manifestação de uma atitude de não culpabilização perante o erro e pela capacidade de comunicação eficaz e empática, permitindo a abertura à expressão de sentimentos menos positivos ou negativos por parte dos elementos da sua equipa, que possam comprometer a qualidade dos cuidados prestados (Suliman & Aljezawi , 2018; Baek, Cho, Han , & Lee, 2020; Vries, et al., 2023).

Um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem à PSC, que nos remete para o domínio da gestão, é a organização dos cuidados especializados. Segundo este enunciado “o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17243). O estágio final permitiu-me constatar que o enfermeiro especialista assume outras funções para além da gestão do serviço. O enfermeiro especialista surge como elemento essencial na prestação direta de cuidados especializados à PSC e, na maioria das vezes, na qualidade de responsável de turno. O meu desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados foi possível, também pela oportunidade de acompanhar os enfermeiros tutores, no desempenho de

competências nestes domínios. Em ambos os contextos de estágio, constatei que a atribuição do papel de enfermeiro responsável de turno era feita ao enfermeiro especialista, por parte do enfermeiro gestor. Esta decisão do enfermeiro gestor pode ser fundamentada através da dotação da competência “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

O SMI e o SU são serviços diferenciados, com dinâmicas e objetivos distintos, pelo que a intervenção do enfermeiro especialista e responsável de turno, difere em algumas particularidades inerentes ao propósito e necessidades de cada serviço.

No SMI, o enfermeiro especialista responsável de turno participa na passagem de turno (médica e de enfermagem) objetivando a compreensão e o acompanhamento do percurso da PSC internada, mantendo-se informado sobre os detalhes inerentes ao seu atual estado de saúde/doença o que lhe confere a capacidade de tomar decisões responsáveis sobre os cuidados de enfermagem que irão ser prestados ao longo do turno. No decorrer da passagem de turno, o enfermeiro responsável vai obtendo informações como a programação de procedimentos, exames complementares de diagnóstico e até saídas da PSC do serviço, informações essenciais que permitem ao enfermeiro responsável antecipar necessidades, organizar os cuidados e gerir os recursos necessários. No estágio em contexto de SMI, constatei que é frequente a necessidade de transportar a PSC para fora do serviço. Esta saída poderá ter como finalidade a realização de um exame complementar de diagnóstico ou de uma cirurgia urgente ou emergente (transporte intra-hospitalar) mas também o transporte da PSC com destino a outra instituição de saúde, quando é necessária a colaboração de outras especialidades existentes nessa instituição (transporte extra-hospitalar).

O transporte da PSC é uma das várias temáticas abordadas na área da especialização em enfermagem à PSC, pela relevância da intervenção do enfermeiro especialista nas fases de planeamento e efetivação do transporte (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008). Cabe ao enfermeiro especialista, participar na gestão deste processo, através do planeamento, organização e adequação dos recursos que garantam a segurança e eficácia do transporte da PSC. Durante o estágio no SMI, foram vários os momentos em que participei no transporte intra-hospitalar da PSC, durante os quais verifiquei o cumprimento de recomendações nacionais (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008). Deste modo, todos esses transportes foram efetuados por uma equipa constituída pelo enfermeiro especialista e responsável pela PSC, pelo médico responsável pela PSC e por um técnico auxiliar de saúde (TAS). Desta

experiência, saliento o papel ativo do enfermeiro responsável de turno no planeamento do transporte intra-hospitalar da PSC, através da preparação do material e equipamento necessários, e pela mobilização dos recursos humanos para a sua efetivação segura (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008). Como equipamento e material imprescindível à segurança do transporte intra-hospitalar da PSC, destaca-se: monitor de transporte; material de intubação endotraqueal, com tubos traqueais adequados ao doente, e insuflador manual [com válvula de Positive End-Expiratory Pressure (PEEP)]; fonte de oxigénio de capacidade previsível para mais de trinta minutos, além do tempo de transporte; ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e fração de oxigénio inspirado (FiO_2), reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea; fármacos de ressuscitação; perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, evitando a interrupção dos medicamentos em perfusão e medicamentos adicionais na eventualidade de serem administrados, de acordo com a prescrição médica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008). À semelhança do que acontecia no transporte da PSC, no SMI, o enfermeiro responsável de turno demonstrou ser um elemento importante pela sua colaboração na preparação da PSC para a realização de um determinado procedimento, como por exemplo a colocação de um dispositivo invasivo, uma técnica de substituição renal, a intubação orotraqueal, no início da ventilação mecânica invasiva, entre outros. Da experiência que vivenciei ao longo do estágio, confirmei que a colaboração do enfermeiro responsável de turno na agilização dos recursos necessários à realização de um determinado procedimento, permitiu libertar o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à PSC para a execução de outras intervenções que, se fossem interrompidas, poderiam colocar a PSC em maior risco de vida.

Para além disso, o enfermeiro especialista assume a função de participar na gestão dos recursos materiais e equipamentos necessários à prestação de cuidados no turno ou nos turnos seguintes. Enquanto acompanhei os enfermeiros tutores de estágio, em ambos os contextos, pude observar que, uma das suas responsabilidades, era a verificação de *stocks* de medicação, a articulação com a farmácia hospitalar, no sentido de obter a reposição dos medicamentos mais utilizados e garantir a disponibilização de outros que iriam ser necessários em momentos subsequentes, e que não eram constituintes do stock do serviço. Todas as intervenções que presenciei fizeram-me refletir sobre o seu impacto na qualidade dos cuidados, e as competências do enfermeiro especialista na gestão dos mesmos.

No que respeita à gestão dos recursos humanos, em ambos os contextos de estágio, verifiquei que é o enfermeiro gestor de serviço quem elabora o horário mensal da equipa de enfermagem e da equipa de TAS, bem como o plano de trabalho semanal destas equipas. No contexto de SMI, verifiquei que a formação das equipas de trabalho de enfermagem refletia o cuidado esperado de um enfermeiro especialista e gestor, capaz de identificar as necessidades de cuidados das PSC e encontrar a melhor forma de as satisfazer. Surgem assim equipas de enfermeiros constituídas por especialistas nas áreas de enfermagem médico-cirúrgica e de reabilitação, mas também enfermeiros com as competências necessárias à realização de técnicas específicas, como é o caso da hemodiálise. Ao longo do estágio em contexto de cuidados intensivos, constatei que, a qualquer momento, a PSC pode necessitar de uma sessão de hemodiálise emergente perante uma disfunção renal grave. Por este motivo, é necessário que, em cada turno, esteja presente na equipa de enfermagem, alguém com competência nesta técnica de substituição renal. Esta preocupação do enfermeiro gestor na realização do horário e plano semanal, demonstra o impacto que a sua intervenção pode ter na qualidade dos cuidados prestados pela sua equipa, no sentido em que a sua tomada de decisão se adequa às necessidades dos cuidados, promove a saúde da PSC e evita complicações. Seguindo a mesma linha de raciocínio, cada equipa de enfermeiros formada pelo enfermeiro gestor, contém enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e/ou reabilitação, sendo que, nos turnos da manhã e da tarde é indispensável a presença de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, uma vez que os seus cuidados especializados demonstram ter um impacto significativo e positivo na promoção da saúde da PSC, prevenindo muitas complicações que poderiam surgir se estes não fossem prestados. A pertinência de tais cuidados está explícita no regulamento n.º 743 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que afirma “no caso das unidades de cuidados intensivos de nível III, o rácio é de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada 5 clientes, em todos os dias da semana” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 145). Relativamente ao plano de trabalho semanal, para cada turno e dia da semana, o enfermeiro gestor define quem é o enfermeiro responsável de turno, tentando atribuir esta função a um enfermeiro especialista. Perante esta reflexão sobre horários de trabalho, formação/constituição das equipas de enfermagem e distribuição das especialidades de enfermagem pelas equipas, importa salientar que o SMI onde estagiei, cumpre com a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, elaborada pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste serviço, a tipologia das unidades de cuidados intensivos são nível II e nível III, pelo que os rácios enfermeiro/PSC são um enfermeiro para duas PSC, e um enfermeiro para uma PSC,

respetivamente (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Acrescento também que o SMI, onde estagiei, está próximo das recomendações da OE quanto à percentagem de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, sendo essa recomendação de 50%. Relativamente ao SU, o mesmo não foi verificado, o que pode ser justificado pela admissão de enfermeiros recém-formados nas equipas durante a pandemia provocada pela *Coronavirus Disease 2019*. Segundo a OE, “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 128). Nesse sentido, a OE elaborou uma norma técnica para calcular a dotação segura de cuidados de enfermagem adequada a cada área da prestação de cuidados, constituindo-se um instrumento de apoio à gestão o qual deverá ser utilizado exclusivamente por enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por outro lado, o papel do enfermeiro responsável de turno, na tomada de decisão, perante situações como, por exemplo, a falta um elemento da equipa (enfermeiro ou TAS), é fundamental. Esta ocorrência pode colocar em risco a prestação de cuidados, nomeadamente a segurança e a qualidade destes. Perante situações como esta, após uma reflexão junto dos meus tutores, verifiquei a possibilidade de duas soluções, sendo a solução mais adequada orientada no sentido da substituição do elemento em falta por outro elemento da mesma classe profissional. Contudo, nem sempre é possível substituir um elemento da equipa em falta. Quando isto acontece, terá de ser feita uma redistribuição dos cuidados pelos elementos da equipa presentes nesse turno. Ocorre assim, a reestruturação do plano de trabalho numa tentativa de conseguir assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados. Da minha experiência em estágio, observei que o enfermeiro responsável assume uma posição importante não só na gestão dos cuidados, mas também na prestação direta de cuidados especializados à PSC. Esta situação acontece, quando a equipa se encontra sobrecarregada pela exigência de cuidados de enfermagem à PSC, nomeadamente em situações emergentes. Recorrendo ao artigo 104º do estatuto da OE, o enfermeiro responsável assume o dever de prestar cuidados em tempo útil, assegurar a continuidade de cuidados e manter-se no serviço, enquanto o elemento em falta não for substituído, nas situações em que a falta de um elemento pode interferir com a continuidade dos cuidados (Assembleia da República, 2015). Assim, quando o enfermeiro em falta é substituído por outro elemento, deixa de estar em causa a qualidade e segurança dos cuidados. O problema surge quando não é possível substituir o elemento em falta por outro, colocando em risco a continuidade dos cuidados e

a segurança destes. Da minha experiência em estágio, verifiquei que as poucas ausências no SMI foram substituídas por outros elementos, mas o mesmo, nem sempre aconteceu no SU. Nessas situações o enfermeiro coordenador teve a necessidade de avaliar as necessidades de cuidados inerentes a cada uma das áreas daquele serviço, e redistribuir os profissionais existentes por elas, de forma a assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados. Desta forma, demonstra a competência específica na gestão dos cuidados em situação de emergência, demonstrando a capacidade de priorização dos cuidados, sistematização das ações a desenvolver, liderança na atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Dentro da sua equipa, o enfermeiro responsável demonstra ser o elemento intermediário entre as várias equipas que prestam os cuidados de saúde à PSC, e assume uma posição de liderança perante os restantes elementos da equipa. Da experiência em estágio, testemunhei o reconhecimento do enfermeiro especialista, não só enquanto enfermeiro responsável de turno, mas também enquanto prestador de cuidados especializados à PSC, por parte dos restantes elementos da equipa. Reconhecimento este, demonstrado por comportamentos e atitudes que denotam a confiança dos outros nos seus conhecimentos e habilidades. O facto de o enfermeiro responsável de turno ser um enfermeiro especialista na área de enfermagem à PSC, fundamenta a sua função enquanto elemento da equipa de emergência intra-hospitalar, pela competência que demonstra “em prestar cuidados à pessoa em situação crítica em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e de garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

Relativamente ao estágio realizado no SU, o processo de desenvolvimento de competências no âmbito da gestão dos cuidados resultou da oportunidade que me foi concedida de acompanhar o meu tutor, e enfermeiro especialista, no desempenho de funções de gestão, enquanto enfermeiro coordenador de equipa/responsável de turno, e na prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC, quando admitida na SE. Durante esse período, verifiquei que o enfermeiro responsável de turno é destacado para uma área do SU cuja prioridade de atendimento é baixa e, por isso, requer uma atenção menos apertada das pessoas que se encontram na sala de espera, não só por estarem em menor número, comparativamente com as outras áreas, mas pela sua situação de saúde não ser grave. Esta estratégia permite que o enfermeiro responsável de turno fique mais disponível do que os restantes elementos da equipa para dar resposta às necessidades relacionadas com a gestão que vão surgindo, e auxiliar os elementos afetos à SE, sempre que necessário. Da mesma forma, constatei que é o elo de ligação com a restante equipa interdisciplinar presente no

turno, com participação ativa nas reuniões do serviço com os restantes elementos coordenadores do SU, realizadas diariamente no turno da manhã. Tal como no SMI, o enfermeiro especialista e responsável de turno é reconhecido pelos restantes elementos da equipa como um elemento de referência no serviço. No SU, o papel de enfermeiro responsável fora sempre atribuído a um enfermeiro que, para além de ser especialista em enfermagem médico-cirúrgica, apresentava uma experiência profissional significativa naquele contexto de cuidados. Com alguma frequência, testemunhei que a ele recorriam os elementos recém-formados, no sentido de obter a validação para uma determinada intervenção, uma orientação para a solução de um problema ou até para o esclarecimento de alguma dúvida.

A oportunidade que me fora concedida de participar no simulacro de uma situação de catástrofe (ameaça de bomba) foi importante no desenvolvimento de competências. Durante o simulacro, pude acompanhar o enfermeiro tutor enquanto enfermeiro responsável de turno, na ativação do plano de emergência interna em conjunto com os restantes elementos coordenadores. Tive a oportunidade de conhecer o “armário de catástrofe”, onde constam vários materiais e equipamentos importantes à execução do plano de emergência, perante uma situação de catástrofe. No final do simulacro, fora realizada uma sessão de *debriefing* onde constaram todas as entidades intervenientes no simulacro, momento esse que considero ter sido enriquecedor pelas observações que foram partilhadas por cada uma delas, promovendo um momento de discussão e reflexão sobre possíveis pontos a melhorar. Foi uma oportunidade única, que me levou a refletir sobre o impacto que uma situação de catástrofe pode ter numa instituição de saúde, como foi o caso do hospital, nas pessoas que nele circulam (utentes e profissionais) e compreender de que forma se encontram interligados os vários intervenientes do Sistema Integrado de Emergência Médica (PSP, Guarda Nacional Republicana, Instituto Nacional de Emergência Médica, Cruz Vermelha Portuguesa, Bombeiros).

O acompanhamento dos enfermeiros tutores, enquanto enfermeiros especialistas e responsáveis de turno, permitiu-me observar e refletir sobre as competências do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados. Desta forma, ao longo do estágio final fui capaz de desenvolver competências, como: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748), mais concretamente o desenvolvimento de competências na “otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, na supervisão de tarefas

delegadas garantindo a segurança e qualidade, na otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados e na adaptação do estilo de liderança, do local de trabalho adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp. 4748-4749).

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Neste domínio de competências, é esperado o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, assim como a utilização da evidência científica na fundamentação da prática (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No sentido de ajudar a compreender a importância do desenvolvimento destas competências, importa trazer para a reflexão alguns conceitos. Previamente ao conceito enfermeiro, surge o conceito de Homem. A meu ver, a fundamentação para o desenvolvimento da competência “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749), deverá começar pela premissa de que os enfermeiros são seres humanos. A dignidade, a vida e a saúde do ser humano português deverão ser salvaguardadas à luz das normas legais apresentadas em documentos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Constituição da República Portuguesa e a Lei de Bases da Saúde.

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, todos os seres humanos nascem iguais em dignidade e liberdade (artigo 1º), têm direito à vida e à segurança individual (artigo 3º), assim como o direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião (artigo 18º), à liberdade de opinião e expressão (artigo 19º) e, aproveito para mencionar o direito à família como “o elemento natural e fundamental da sociedade” (Organização das Nações Unidas, 1948, p. 10), com menção de que a família deverá ser protegida pela sociedade e pelo Estado (artigo 16º). De acordo com o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, todas as pessoas têm direito à proteção da sua saúde, pelo que o Estado deve “garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica” (Assembleia da República, 1976). O direito à proteção da saúde é definido como o direito que todas as pessoas têm de gozar do melhor estado de saúde físico, mental e social, sendo que este direito é da responsabilidade de todas as pessoas, sociedade e Estado (Assembleia da República, 2019). É neste direito à proteção da saúde que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, assume um lugar de destaque. Cabe ao

enfermeiro promover a saúde, prevenir a doença, intervir no tratamento, na reabilitação e na reinserção social (Ministério da Saúde, 1996). Contudo, também ele é um ser humano merecedor de respeito na sua dignidade e liberdade. Além de ser humano, o enfermeiro é uma pessoa, dotada de uma consciência racional e de livre vontade, cuja vida se rege por um conjunto de valores e princípios próprios. No Código Deontológico dos Enfermeiros, o artigo 99º refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Assembleia da República, 2015) e têm por “fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade” (Ministério da Saúde, 1996, p. 2960). Tal interação, pressupõe a construção de uma relação entre duas ou mais pessoas (grupos/comunidades). O que distingue o ser pessoa de outro ser vivo é a sua condição humana, dotada de racionalidade e de livre vontade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). “No âmbito dos cuidados de enfermagem, quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 10). Os conceitos de autoconhecimento e assertividade, vão ao encontro dos conceitos Ser Humano e Pessoa, e dos princípios ético-legais subjacentes a esta condição humana e à profissão de enfermagem. Assim é fundamentada a importância do desenvolvimento da competência “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749), do futuro enfermeiro especialista. Este desenvolvimento só é possível através da tomada de consciência sobre si mesmo, enquanto pessoa e profissional.

Durante a sua intervenção, o enfermeiro especialista deverá reconhecer quais os fatores presentes na sua relação com a PSC que possam colocar em risco essa relação. Partindo da premissa de que a relação estabelecida entre o enfermeiro e a PSC, e a sua família/cuidador, é uma relação terapêutica, é fundamental garantir que, nesta relação, não se desenvolvam conflitos de valor. O enfermeiro deverá manter, também, uma boa relação profissional com os restantes elementos da equipa, no sentido de existir uma harmonia dos cuidados. A prestação de cuidados é influenciada pelo ambiente onde estes ocorrem, pelo que se torna fulcral a otimização deste, evitando a ocorrência de conflitos. Contudo, existe a probabilidade de surgirem situações menos agradáveis numa relação entre duas ou mais pessoas, com origem em formas diferentes de pensamento, valores diferentes e vontades diferentes. Quando estas situações acontecem durante a prestação dos cuidados de enfermagem, é necessário que alguém consiga fazer a melhor gestão possível desses

conflitos. É nesse processo que o enfermeiro especialista ganha destaque, pela sua capacidade de antecipar estas situações e de as contornar, através dos recursos adequados, como por exemplo, o uso de técnicas de comunicação eficazes, e a adoção de uma postura assertiva nos cuidados. O desenvolvimento da assertividade, requer que o enfermeiro desenvolva a consciência dos seus limites, e a capacidade de utilizar ferramentas disponíveis quando estes limites são ultrapassados. O enfermeiro especialista deverá saber onde se situa o limiar da sua intervenção, não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa. Talvez o exercício de direito à objeção de consciência seja um bom exemplo de consciência, relativamente ao limite pessoal e profissional, de qualquer profissional de saúde. Associada à competência “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749), encontra-se a capacidade de gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional, uma capacidade direcionada à gestão de sentimentos e emoções. Uma vez que os cuidados de enfermagem pressupõem uma interação entre, pelo menos, duas pessoas, e o que caracteriza a pessoa é a sua dotação de uma consciência racional e a sua livre vontade, é previsível que se evidenciem formas de pensar e de se expressar distintas entre elas. Da minha experiência enquanto pessoa, e da minha experiência enquanto enfermeira, entendo que a forma de pensar e, sobretudo a forma como esse pensamento é expresso, pode originar conflitos. De acordo com Mações (2018, p. 331), “o conflito é um facto inevitável na condição humana”. Perante uma situação de conflito, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de compreender a origem do conflito e, juntamente com a PSC/equipa, gerir da melhor forma esse conflito contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados, visando a satisfação da pessoa, prevenindo complicações que poderiam advir desse conflito se não fosse bem gerido, promovendo a saúde e o bem-estar da PSC.

Ao longo do estágio final, principalmente em contexto de SU, refleti muito sobre o impacto que estas competências podem ter na qualidade de cuidados de enfermagem especializados. Naquele serviço, assisti a situações de expressão, verbal e comportamental, de emoções negativas, como a raiva, angústia, tristeza e desespero, por motivos vários, como a espera pela observação médica, por resultados de análises ou outros exames complementares de diagnóstico, para uma possível alta ou transferência para outra área ou serviço, por uma atribuição de prioridade de atendimento na área da triagem diferente daquela que a pessoa considerava ser a mais adequada à sua situação, pelo reencaminhamento para uma consulta nos cuidados de saúde primários no dia seguinte, quando a expectativa da pessoa era a de ser atendida naquela hora, entre outras. Em situações como estas, o enfermeiro especialista deverá demonstrar, acima de tudo, empatia pela pessoa

que expressa essas emoções ou apresenta determinados comportamentos menos adequados. Acredito que ninguém é capaz de ser feliz a experimentar estas emoções, da mesma forma que ninguém se orgulha de comportamentos e atitudes menos adequados em situações de stress, na presença de pessoas desconhecidas que estão ali para ajudar. Ao longo do estágio, constatei que os enfermeiros são os profissionais mais facilmente acessíveis às pessoas e às suas famílias, e que demonstram disponibilidade, apesar da elevada carga de trabalho que apresentam. Esta acessibilidade e disponibilidade, podem justificar o facto de serem eles um grande alvo dessas expressões emocionais, e de comportamentos e atitudes menos agradáveis. No sentido de se proteger a si e ao outro, e de proteger a sua relação com o outro, o enfermeiro deverá dotar-se de uma sensibilidade que o permita compreender o motivo pelo qual aquela pessoa reage daquela forma. Esta capacidade, para colocar-se no lugar do outro, é denominada por empatia, e o estabelecimento de uma relação empática com a PSC e a sua família/cuidador poderá ser assumida como uma boa estratégia na prevenção e gestão de conflitos (Abd-Elrhaman & Ghoneimy, 2018).

A minha experiência em estágio, na área da triagem, foi também muito enriquecedora neste percurso de desenvolvimento de competências ao nível do autoconhecimento e da assertividade. Ali, tive a oportunidade de assistir a duas situações de conflito, e de participar na gestão das mesmas, em colaboração com os enfermeiros destacados para essa área. A resolução foi conseguida através da empatia demonstrada por nós enfermeiros, por uma postura de tranquilidade e pelo recurso a técnicas de comunicação eficazes. A literatura demonstra que a comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa que necessita de cuidados é o fator que mais impacto tem na experiência vivenciada por esta no SU (Rowe & Knox, 2023). Esta comunicação, ocorre em diversos momentos, como na admissão, na triagem, nas salas de espera, na prestação de cuidados e no momento da alta. A relação entre o enfermeiro especialista e a pessoa, deverá ter por base uma comunicação eficaz, necessária ao desenvolvimento de confiança entre ambos. A eficácia da comunicação exige que esta seja honesta e compassiva, na qual se deverá destacar a escuta ativa por parte do enfermeiro especialista (Groves, Bunch, & Kuehnle, 2023). Uma comunicação só poderá ser eficaz se demonstrar empatia entre os elementos que comunicam (Maghsud, Abazari, Miri, & Nematollahi, 2020). A empatia está na base da relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro especialista e a PSC, pois o enfermeiro só poderá cuidar eficazmente se compreender os sentimentos, as emoções e os pensamentos da PSC e da sua família/cuidador, reconhecendo o que significam (Maghsud, Abazari, Miri, & Nematollahi, 2020).

No SMI, o enfermeiro especialista também enfrenta situações de elevada pressão com as quais deve saber lidar, protegendo-se a si e à PSC. Ao longo do estágio neste contexto, observei que o enfermeiro especialista é, frequentemente, solicitado por várias pessoas (PSC, familiares da PSC e elementos da equipa interdisciplinar). Esta solicitação visa a sua intervenção em vários processos de cuidados, muitos dos quais, quase em simultâneo. A juntar a estas solicitações, encontram-se outros fatores que poderão gerar uma elevada pressão sobre o enfermeiro especialista e perturbar o seu bem-estar, e a sua satisfação profissional. São exemplos desses fatores: o ruído frequentemente provocado pelos alarmes dos monitores e das máquinas infusoras (Salameh, Abdallah, Alkubati, & ALBashtawy, 2024), o toque do telefone do balcão de enfermagem e da campanha do serviço. A somar a estes fatores geradores de desconforto, físico e psicológico, o enfermeiro especialista é desafiado pelas manifestações de sofrimento da PSC e da sua família/cuidador, e pela necessidade de saber gerir as prioridades, perante situações urgentes e emergentes, de gerir os seus sentimentos e emoções gerados pelos diversos fatores provenientes do ambiente onde se insere a sua prática (Fattah, Sallam, Hendy, Abozeid, & Rodenhurst, 2023). Perante este desafio, faz-me sentido abordar as competências específicas do enfermeiro especialista em EMCEPSC. Segundo a OE, o enfermeiro especialista na área da enfermagem à PSC, deverá ter a competência de cuidar da PSC, assim como da sua família/cuidador. Segundo o descritivo desta competência, “o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363). De acordo com este enunciado, o enfermeiro deverá utilizar os conhecimentos que adquiriu ao longo a sua vida académica e profissional, no melhor cuidado à PSC. A condição de PSC pressupõe que a prestação de cuidados deva ser feita em tempo útil pelo caráter emergente da sua condição crítica, e que essa PSC deverá ser cuidada, tendo em conta as diferentes vertentes (sentido holístico): física, psíquica, social e espiritual. De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, o enfermeiro deverá respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, e corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento (Assembleia da República, 2015). Este cariz emergente dos cuidados à PSC internada no SMI, ou naquela que dá entrada no SU, exige do enfermeiro a capacidade de atuação rápida. Esta prontidão na sua atuação, idealmente deverá ser prévia à ocorrência de qualquer foco de instabilidade. Para que esta intervenção ideal aconteça, o enfermeiro especialista deverá colocar em prática os seus conhecimentos e as suas habilidades na administração de protocolos terapêuticos complexos, exemplificados pelos

protocolos: Suporte Avançado de Vida, Via Verde Acidente Vascular Cerebral e Via Verde Coronária, entre outros. Esta exigência na resposta rápida e eficaz perante uma emergência, ou da antecipação de focos de instabilidade, é geradora de grande pressão sobre o enfermeiro e, se este não souber gerir esta pressão, poderá constituir um dano para ele. Exemplos desse dano são as situações de ansiedade/depressão e o *burnout*. Por este motivo, de salvaguardar a sua saúde e a saúde da PSC e família/cuidador de quem cuida, é importante para o enfermeiro desenvolver as competências associadas ao autoconhecimento e à assertividade. Para além da gestão emocional, é fundamental que o enfermeiro especialista seja capaz de reconhecer os seus limites pessoais e profissionais, e reconhecer o momento para pedir a colaboração de outros elementos da equipa, sempre que necessário. Afinal, o trabalho deverá ser realizado em equipa. A capacidade de identificar e antecipar situações de eventual complexidade, no sentido de prevenir complicações, mantendo os padrões da qualidade dos cuidados, e a capacidade de utilizar as ferramentas adequadas na resolução de uma situação conflituosa, estão associadas ao desenvolvimento de outras competências, específicas desta área de especialização, como: “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica e assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

O desenvolvimento da competência “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, foi ao encontro de um objetivo previamente traçado e que considero a sua realização muito importante enquanto futura enfermeira especialista e mestre em enfermagem. A evidência científica deverá ser sempre, a melhor estratégia para defender a prática do enfermeiro especialista, não fosse a enfermagem uma área das ciências humanas. Durante este percurso da minha vida académica, no sentido de melhorar a minha prática e a de outros colegas, de desenvolver competências que me permitissem chegar um pouco mais perto da excelência dos cuidados de enfermagem, agarrei as oportunidades de demonstrar esse caminho através do recurso à evidência científica. O desenvolvimento dessa competência, foi realizado através da utilização de ferramentas adquiridas e lembradas no presente curso. Em ambos os contextos de estágio, fui incentivada a procurar a melhor evidência científica para fundamentar as minhas intervenções, e fui motivada a implementar a teoria, apreendida dessa evidência científica, na prática. Nesse sentido, sempre que me foi possível, agarrei “as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de

situações clínicas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Como resultado dessa procura de evidência científica como fonte para a fundamentação da qualidade da minha prática, surgiu a oportunidade de participar com um póster no I Congresso de Enfermagem Intensiva Polivalente promovida pela Unidade Local de Saúde de Gaia-Espinho (Apêndice II), uma ação de formação à equipa de enfermagem do SMI, em colaboração com as tutoras de estágio e uma revisão da literatura do tipo *scoping* na área da simulação clínica em contexto de emergência, submetida para publicação numa revista científica.

Apesar da prática baseada na evidência científica ser requisito fundamental para uma prestação de cuidados com qualidade, transversal a todos os enfermeiros, esta competência é salientada ao longo de três documentos reguladores do exercício do enfermeiro especialista elaborados pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2015). De acordo com estes, o enfermeiro especialista “usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747), “atualiza com base na melhor evidência científica, o Plano de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362) e “fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19361).

CONCLUSÃO

O aperfeiçoamento profissional do enfermeiro requer um investimento continuado na sua formação. A evolução do ensino na disciplina de enfermagem tem vindo a provar essa necessidade sentida por parte dos enfermeiros. Os cursos de mestrado em enfermagem apresentam especial contributo no processo de aperfeiçoamento profissional pois, para além de permitirem desenvolver competências académicas, promovem o desenvolvimento de competências profissionais, numa área de especialização. Após a conclusão deste ciclo de estudos, é atribuído ao enfermeiro o título profissional de enfermeiro especialista, pela Ordem dos Enfermeiros e o grau académico de mestre, após defesa pública.

O presente relatório visou a fundamentação de competências profissionais e académicas desenvolvidas ao longo dos dois contextos de estágio, constituintes do estágio final: cuidados intensivos e serviço de urgência.

O facto de apresentar alguma experiência na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, fez com que o meu foco de desenvolvimento de competências não se centrasse tanto no desenvolvimento de capacidades técnicas imprescindíveis ao cuidado de enfermagem especializado à PSC, mas também ao desenvolvimento de outras competências não técnicas. Deste modo, concluo que o estágio final serviu positivamente o seu propósito. Revelou-se bastante enriquecedor pelas experiências proporcionadas, pelos conhecimentos adquiridos, e pelas pessoas que comigo percorreram este caminho. Todos estes foram fatores determinantes neste processo de desenvolvimento de competências em EMCEPSC.

A fundamentação desse percurso de desenvolvimento de competências implicou a abordagem dos objetivos previamente traçados no projeto de estágio, e das atividades realizadas nos dois contextos de estágio. A análise crítico-reflexiva efetuada percorreu cada um dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Dessa reflexão, gostaria de salientar o papel do enfermeiro especialista, enquanto promotor da humanização dos cuidados, pelo exercício da profissão, baseado nos princípios éticos, legais e deontológicos. A prestação de cuidados de enfermagem especializados tem como foco a vida da pessoa que assiste, reconhecendo-a como um ser humano dotado de liberdade de escolha e autonomia para decidir sobre o seu projeto de saúde. No domínio da melhoria contínua da qualidade, os conceitos de segurança, eficácia e evidência científica surgem associados ao conceito de qualidade. Com base na evidência científica, o enfermeiro especialista deverá ser competente na identificação das necessidades e potenciais de melhoria e desempenhar um papel ativo no desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, com foco na segurança e eficácia.

No domínio da gestão de cuidados, foi abordado o papel do enfermeiro especialista enquanto enfermeiro gestor de serviço, responsável de turno e prestador de cuidados especializados em EMCEPSC. Inserido numa equipa interdisciplinar, e interveniente em vários processos complexos, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de assumir um papel de liderança, sendo valorizada a comunicação eficaz e a empatia, como ferramentas a utilizar na prevenção e gestão de conflitos.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, destaca-se o autoconhecimento e a assertividade pelo reconhecimento de limites pessoais e profissionais, pela capacidade de gerir emoções e sentimentos decorrentes da relação terapêutica estabelecida com a PSC e com a sua família/cuidador; e a prática baseada na evidência científica.

As competências académicas desenvolvidas ao longo deste curso, permitiram-me fundamentar a minha prática ao longo do estágio realizado, através da aplicação de conhecimentos adquiridos, da execução de técnicas aprendidas, na resolução de problemas identificados e na pesquisa e divulgação de conhecimento, com base na evidência científica.

A elaboração do presente relatório apresentou-se como um desafio, cuja superação só foi possível através de capacidades desenvolvidas ao longo da vida, como a determinação, motivação e resiliência. A principal dificuldade sentida fora a limitação do tempo. Contudo, reconheço neste trabalho uma oportunidade de introspeção, um revisitar de vários momentos e situações vivenciados ao longo do estágio, incentivado pela necessidade em atribuir-lhes um significado neste percurso de desenvolvimento de competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abd-Elrhaman, E. S., & Ghoneimy, A. G. (13 de outubro de 2018). The Effect of Conflict Management Program on Quality of Patient Care. *American Journal of Nursing Science*, 7(5), 192-201. doi: 10.11648/j.ajns.20180705.16
- Administração Central de Serviços de Saúde, IP. (abril de 2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Portugal.
- Amleh, D., Halawani, A., & Hussein, M. H. (25 de junho de 2022). Simulation-Based Study for Healing environment in intensive care units:. Palestina. doi: <https://doi.org/10.1016/j.asej.2022.101868>
- Andersson, M., Fridh, I., & Lindahl, B. (4 de julho de 2019). Is it possible to feel at home in a patient room in an intensive care unit? Reflections on environmental aspects in technology-dense environments. *Nursing Inquiry*, 1-10. doi:10.1111/nin.12301
- Asadi, N., & Salmani, F. (2024). The experiences of the families of patients admitted to the intensive care unit. *BMC Nursing*, 23, 1-9. doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02103-8>
- Assembleia da República. (10 de abril de 1976). Constituição da República Portuguesa - CRP. *Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10*. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Assembleia da República. (26 de janeiro de 2005). Lei nº12/2005 de 26 de janeiro alterada pela Lei nº26/2016 de 22 de agosto. *Diário da República n.º 18/2005, Série I-A de 2005-01-26*, 606-611. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2005-106603593-106597565>
- Assembleia da República. (16 de setembro de 2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16*, 8059 - 8105. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

- Assembleia da República. (16 de julho de 2012). Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. *Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16*, 3728 - 3730. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/25-2012-179517>
- Assembleia da República. (16 de setembro de 2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16*, 8059 - 8105. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Assembleia da República. (4 de setembro de 2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. *Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04*, 55 - 66. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Assembleia da República. (16 de abril de 2021). Decreto-Lei n.º 27/2021, de 16 de abril. *Diário da República n.º 74/2021, Série I de 2021-04-16*, 5 - 13. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/27-2021-161518656>
- Baek, J., Cho, H., Han, K., & Lee, H. (2020). Association between nursing work environment and compassion satisfaction among clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, 28. doi:10.1111/jonm.12937
- Dees, M. L., Carpenter, J. S., & Longtin, K. (dezembro de 2022). Communication Between Registered Nurses and Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Critical Care Nurse*, 42(6). doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2022913>
- Deodato, S. (2024). *Direito da saúde*. Grupo Almedina.
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pratik P. Pandharipande, P. P., . . . Alhazzani, W. (setembro de 2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9). doi:10.1097/CCM.0000000000003299
- Direção-Geral da Saúde. (14 de novembro de 2001). *A Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*, 1-24. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção-Geral da Saúde. (junho de 2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*, 1-10. Lisboa. Obtido de https://apeddor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf

Direção-Geral da Saúde. (dezembro de 2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. 1-24. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (24 de setembro de 2021). Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. *Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24*, 96-103. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção-Geral da Saúde. (29 de agosto de 2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Norma n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção-Geral da Saúde. (17 de novembro de 2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação. *Norma 021/2015 de 16 de dezembro de 2015 alterada em 17 de novembro de 2022*. Direção Geral da Saúde .

Direção-Geral da Saúde. (17 de novembro de 2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação. *Norma Clínica 021/2015 de 16/12/2015 de alterada em 17/12/2022*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Direção-Geral da Saúde. (17 de novembro de 2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. *NORMA CLÍNICA: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Direção-Geral da Saúde. (29 de agosto de 2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Obtido de

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral de Saúde. (27 de julho de 2022). Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. *Norma 004/2013 de 08/08/2013 atualizada em 27/07/2022*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/02/21/vigilancia-epidemiologica-das-resistencias-aos-antimicrobianos/>

Erel, S., Aydın, E. M., Nazlıel, B., & Karabıyık, L. (2024). Evaluation of Delirium Risk Factors in Intensive Care Patients. *Turk J Anaesthesiol Reanim*, 52(6), 213-222. doi:DOI: 10.4274/TJAR.2024.241526

Fattah, H., Sallam, G., Hendy, A., Abozeid, A., & Rodenhurst, N. (2023). The Beneficial Effects of Emotional Intelligence Training for Critical Care Nurses on Job Burnout: A Quasi-Experimental Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 300-304. doi:10.4103/ijnmr.Ijnmr_345_20

Groves, P. S., Bunch, J. L., & Kuehnle, F. (2023). Increasing a patient's sense of security in the hospital: A theory of trust and nursing action. *Nursing Inquiry*, 30, 1-11. doi:10.1111/nin.12569

Grubaugh, M. L., & Flynn, L. (2018). Relationships Among Nurse Manager Leadership Skills, Conflict Management, and Unit Teamwork. *The Journal of Nursing Administration*, 7/8(48), 383-388. doi:10.1097/NNA.0000000000000633

International Association for the Study of Pain. (setembro de 2020). The revised International Association for the Study definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, 161(9), 1976–1982. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Jongerden, I. P., Slooter, A. J., Peelen, L. M., Wessels, H., Ram, C. M., Kesecioglu, J., . . . Dijk, D. v. (6 de junho de 2013). Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: a before–after study. *Intensive Care Med*, 39, 1626–1634. doi:10.1007/s00134-013-2966-0

Mações, M. (2018). *Manual de Gestão Moderna: Teoria e Prática*. Actual.

- Maghsud, A. M., Abazari, F., Miri, S., & Nematollahi, M. S. (2020). The effectiveness of empathy training on the empathy skills of nurses working in intensive care units. *Journal of Research in Nursing*, 25(8), 722-731. doi:10.1177/1744987120902827
- Mahmood, F. J., & Tayib, A. Y. (2020). The Role of Patients' Psychological Comfort in Optimizing Indoor Healing Environments: A Case Study of the Indoor Environments of Recently Built Hospitals in Sulaimani City, Kurdistan, Iraq. *Health Environments Research & Design Journal*, 13(2), 68-82. doi:10.1177/1937586719894549
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 de março de 2006). Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. *Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24*, 2242 - 2257. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Ministério da Saúde . (11 de agosto de 2014). *Despacho 10319/2014, de 11 de Agosto* . Ministério da Saúde .
- Ministério da Saúde. (4 de setembro de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04*, 2959 - 2962. Lisboa. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Ministério da Saúde. (11 de Agosto de 2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11*, 20673 - 20678. Ministério da Saúde. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério Público. (4 de abril de 1997). Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. 1-18. Obtido de <https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>
- Naef, R., Stefanie von Felten, F. v., Petry, H., Ernst, J., & Massarotto, P. (2021). Impact of a nurse-led family support intervention on family members' satisfaction with intensive care and psychological wellbeing: A mixed methods evaluation. *Australian Critical Care*, 594-603. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.014>
- Neme, D., Aweke, Z., Micho, H., Mola, S., Jemal, B., & Regasa, T. (2020). Evidence-Based Guideline for Adult Sedation, Pain Assessment, and Analgesia in a Low Resource

Setting Intensive Care Unit: Review Article. *International Journal of General Medicine*, 1445–1452. doi:<http://doi.org/10.2147/IJGM.S276878>

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Lisboa: Lusodidata.

Oliveira, L. A. (2018). *Escrita científica: da folha em branco ao texto final*. Lisboa: Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos.*, 1-24. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (agosto de 2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (10 de março de 2015). Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março. *Diário da República n.º 48/2015, Série II de 2015-03-10*, 5948 - 5952. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

Ordem dos Enfermeiros. (26 de junho de 2015). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho. *Diário da República n.º 123/2015, Série II de 2015-06-26*, 17240 - 17243. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>

Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 1-38. Leiria. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16*, 19359 - 19370. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*, 4744 - 4750. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25*, 128 - 155. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Organização das Nações Unidas. (10 de dezembro de 1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem. Obtido de Centro Regional de Informação das Nações Unidas: <https://unric.org/pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/>
- Organização Mundial da 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. 1-81. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Obtido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde, World Bank, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2018). Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage. 1-100. Genebra. Obtido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel.
- Pisco, L., Silva, V., & Monteiro, B. (2024). A evolução da legislação da saúde em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29. doi:DOI: 10.1590/1413-812320242911.01242024
- Rowe, A., & Knox, M. (2023). The Impact of the Healthcare Environment on Patient Experience in the Emergency Department: A Systematic Review to Understand the Implications for Patient-Centered Design. *Health Environments Research & Design Journal*, 16(2), 310-329. doi:10.1177/19375867221137097
- Salameh, B., Abdallah, J., Alkubati, S., & ALBashtawy, M. (2024). Alarm fatigue and perceived stress among critical care nurses in the intensive care units: Palestinian perspectives. *BMC Nursing*, 23(261), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-024-01897-x>

- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2024). Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Dor Aguda. 1-64. Obtido de https://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2024/09/spa_recomendacoes_dor_aguda_2024.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte do Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Srikrajang, S., Komolsuradej, N., Chaovalit, S., & Chuaychoosakoon, C. (2024). Effects of the WHO analgesic ladder on pain severity, pain interference, and blood pressure control in hypertensive patients with chronic musculoskeletal pain: a cross-sectional study. *Primary Health Care Research & Development*, 25(e43), 1–9. doi:10.1017/S1463423624000367
- Suliman, M., & Aljezawi, M. (2018). Nurses' work environment: indicators of satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 26, 525-530. doi:10.1111/jonm.12577
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Vries, N. d., Boone, A., Godderis, L., Bouman, J., Szemik, S., Matranga, D., & Winter, P. d. (2023). The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. *INQUIRY*, 60, 1-21. doi:10.1177/00469580231159318
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, L. J. (9 de julho de 2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS One*, 15, 1-15. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>
- Younis, M. B., Hayajneh, F., & Alshraideh, J. A. (2021). Effect of noise and light levels on sleep of intensive care unit patients. *Nursing in Critical Care*(26), 73-78. doi:10.1111/nicc.12490

APÉNDICE

Apêndice I – Póster para participação no I Congresso de Enfermagem Intensiva Polivalente “Administração de Medicação por Via Entérica na Pessoa em Situação Crítica”

Introdução

A via entérica é, frequentemente, a via de eleição para a nutrição e administração de medicação na pessoa em situação crítica (Alhashemi et al., 2019), (Hdaib et al., 2020). A preparação e administração de medicação é da responsabilidade do enfermeiro (Mota et al., 2010), (Alhashemi et al., 2019), (Hdaib et al., 2020).

Objetivo: Conhecer a evidência científica existente sobre a boa prática do enfermeiro no que concerne à utilização da via entérica para a administração de medicação.

Material e Métodos: Revisão integrativa da literatura utilizando a metodologia PICO.

Questão de investigação

Qual a melhor prática do enfermeiro na administração de medicação por via entérica para garantia da eficácia do medicamento e da segurança da pessoa em situação crítica?

Palavras-chave no título:

medication
nurse
enteral

Bases de dados:

Scopus - 10 artigos
B-On - 17 artigos
Web Of Science - 10 artigos

Inclusão:

texto
integral
disponível

4

artigos

Resultados:

- Déficit no conhecimento dos enfermeiros relativamente à administração de medicação via entérica (Alhashemi et al., 2019), (Tillott et al., 2020), (Hdaib et al., 2021).
- **Considerações** a ter nesta prática (Mota et al., 2010), (Alhashemi et al., 2019), (Hdaib et al., 2021):
 - confirmar a localização da ponta distal da sonda
 - escolher a forma de dosagem do medicamento adequada à via entérica (preferência pelas formas líquidas)
 - como diluir o medicamento
 - verificar a compatibilidade do medicamento com a nutrição entérica
 - verificar a compatibilidade entre medicamentos prescritos para a mesma hora
 - escolher o medicamento em função da via entérica disponível

As **complicações** descritas na literatura são (Alhashemi et al., 2019), (Tillott et al., 2020):

- obstrução da sonda
- alterações da mucosa do tubo gastrointestinal
- interações do medicamento com o material da sonda levando à sua degradação
- toxicidade quando são trituradas as formas de dosagem de libertação prolongada
- incompatibilidades entre medicamentos
- incompatibilidades entre o medicamento e a nutrição entérica
- redução da eficácia do medicamento

Discussão

A preparação e administração da medicação é da responsabilidade do enfermeiro, apesar de outros profissionais estarem envolvidos nomeadamente ao nível da prescrição e dispensa da medicação.

O défice de conhecimento sobre as várias condicionantes existentes nesta prática pode levar a consequências graves, colocando em risco a pessoa em situação crítica a quem é administrado o medicamento.

Conclusão

A pessoa em situação crítica é frequentemente medicada por via entérica.

A evidência mostra que existe uma lacuna no conhecimento dos enfermeiros relativamente a boas práticas na administração da medicação por via entérica para garantia da eficácia do medicamento e da segurança da pessoa em situação crítica.

É importante sensibilizar os enfermeiros para esta problemática pelo que, investir na formação dos enfermeiros poderá ser uma solução para este problema.

Referências



Apêndice II – Ação de Formação “Administração de Medicação Via Entérica na Pessoa em Situação Crítica”

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENTÉRICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Alice Miranda

Aluna do 17º Curso de MEMCPC da UCP

24 Outubro, 2024

OBJETIVOS

- ▶ Promover a cultura de segurança nos cuidados de enfermagem no que respeita à administração de medicação por via entérica
- ▶ Identificar os principais erros cometidos na administração de medicação por via entérica
- ▶ Consciencializar os enfermeiros para as interações fármaco-nutriente

ENQUADRAMENTO

Plano Nacional para a Segurança do Doente (2021-2026)

- ▶ Objetivo - consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde
- ▶ Elaborado com base:
 - Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS.
 - Planos estratégicos da Suíça, Espanha, Inglaterra e País de Gales, Irlanda, Escócia, Finlândia, Austrália, entre outros.
 - Plano Nacional de Saúde e os Programas de Saúde, em particular o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da DGS



Direção Geral de Saúde (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026

▶ Pilar 1 – Cultura de segurança

A segurança do doente é uma prioridade de saúde pública e uma componente crítica para a qualidade dos cuidados de saúde, que depende do compromisso da liderança, da transparência, da comunicação, da aprendizagem com os erros, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de

uma cultura de não culpabilização e de responsabilização

Direção Geral de Saúde (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

VIA ENTÉRICA

- ▶ A via entérica consiste na via que envolve o tubo gastrointestinal.
- ▶ Alternativa à via oral quando esta não está patente por várias razões (alterações nas estruturas envolvidas no processo de deglutição, alteração do estado de consciência, pós-operatórios, ...).
- ▶ Utilizada para a nutrição, hidratação e administração de medicação quando existe um tubo gastrointestinal funcionante (Mendes, 2011).
- ▶ Com grande visibilidade nas unidades de cuidados intensivos (Alsamet, 2022).

Alsamet H.M.(2022). Considerations regarding oral medications delivery to patients on nasogastric tubes. *Nutrition clinique et métabolisme*, 36(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.09.002>

Dashti-Khavidaki, S., Badri, S., Eftekharzadeh, S.-Z., Keshtkar, A., & Khalili, H. (2012). The role of clinical pharmacist to improve medication administration through enteral feeding tubes by nurses. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 34(5), 757-764. <https://doi.org/10.1007/s11096-012-9673-8>

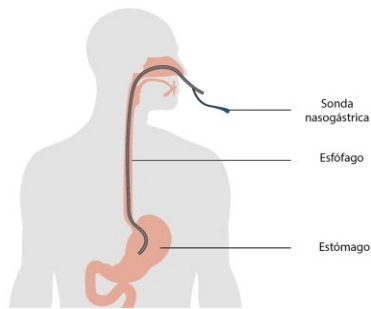
Mendes, A. (2011). Administração de medicamentos por sonda. *Boletim do Centro de informação do medicamento*, 98, 3-4. <https://www.ordemdosfarmaceuticospt/publicações/boletim-do-cim/boletim-do-cim-maiago-2011/>

Via entérica na UCI

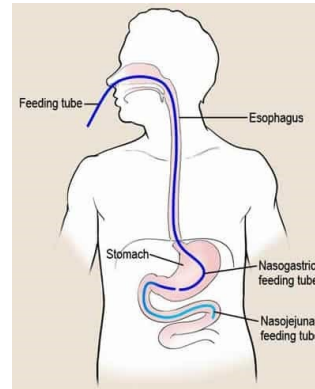


Cavagna, P., Bizet, S., Fieux, F., Houillez, E., Chirk, C., Zilian, C., Perreux, J., Fernandez, C., Lescot, T., & Antignac, M. (2022). Assessment of Good Practice Guidelines for Administration of Drugs via Feeding Tubes by a Clinical Pharmacist in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 42(6), 54-65. <https://doi.org/10.4037/ccn2022395>

Vias entéricas mais utilizada nas UCI



Nasogástrica



Nasojejunal

Alsamet, H.M.(2022). Considerations regarding oral medications delivery to patients on nasoenteral tubes. Nutrition clinique et métabolisme, 36(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.09.002>

Tamanho e localização da sonda

Antes de administrar a medicação é importante ter em conta o **diâmetro** da sonda e a **localização** da extremidade distal (Williams, 2008).

O **diâmetro** é medido em unidades **French** (1Fr = 0.33mm)

Pequeno diâmetro (5 – 12 Fr) – ideais para alimentação e administração de medicação.

- Vantagem – mais confortáveis
- Desvantagem – obstrução mais fácil

Grande diâmetro (> 12 Fr) – ideais para decompressão gástrica

- Vantagem – menor probabilidade de obstrução
- Desvantagem – maior desconforto do doente

Williams, N.T. (2008). Medication administration through enteral feeding tubes. American Journal of Health-System Pharmacy, 65(24), 2347-2357. <https://doi.org/10.2146/ajhp080155>

Vantagens da utilização da via entérica

- ▶ **Custo** associado baixo
- ▶ Maior **conveniência** / fácil acesso
- ▶ Menos **complicações** associadas à **infecção**
- ▶ Atividade **imunomoduladora** da mucosa intestinal
- ▶ Manutenção da **integridade da mucosa gastrointestinal** e, conseqüente prevenção da **atrofia intestinal** e **translocação bacteriana**

Williams, N.T. (2008). Medication administration through enteral feeding tubes. American Journal of Health-System Pharmacy, 65(24), 2347-2357. <https://doi.org/10.2146/ajhp080155>

Enfermagem e a via entérica

A administração de nutrientes, água e medicação através da via entérica é da **competência do enfermeiro**.

Estudos mostram que existe uma **lacuna no conhecimento** dos enfermeiros no que respeita à administração de medicação por esta via.

Journal of Clinical Nursing WILEY
Received 9 March 2020 | Revised 7 September 2020 | Accepted 9 September 2020
DOI: 10.1111/jocn.15096
ORIGINAL ARTICLE
Survey of nurses' knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes
Harry Tibbitt MPharm, Trainee¹ | Diane Barrett RGN, Nutrition Nurse Specialist² | Jingjing Ruan RGN, Nutrition Nurse Specialist² | Vincent LJ MSc, Dietician² | Susan Merrick MSc, Dietician² | Helen Steed MD, Professor, Consultant Gastroenterologist^{1,2} | Hana Morrissey PhD, Reader in clinical pharmacy² | Patrick Anthony Ball PhD, Professor of pharmacy practice²

Nutrición Hospitalaria
Original
Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasoentérica y enterostomía en pacientes hospitalizados
N. de Amorim Chicharro¹, R. M. Romero Jimenez², M. A. Valero Zambró³, P. García Muñoz⁴ y A. Herrero de Tejada¹
¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Survey of nurses' knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes

Harry Tillott MPharm, Trainee¹ | Diane Barrett RGN, Nutrition Nurse Specialist² | Jingjing Ruan RGN, Nutrition Nurse Specialist² | Vincent Li MSc, Dietician² | Susan Merrick MSc, Dietician² | Helen Steed MD, Professor, Consultant Gastroenterologist^{1,2} | Hana Morrissey PhD, Reader in clinical pharmacy¹ | Patrick Anthony Ball PhD, Professor of pharmacy practice¹

- ▶ Questionário
- ▶ 73 enfermeiros de um hospital geral no Reino Unido
- ▶ 45% refere **não ter tido formação** sobre a preparação e administração de medicamentos via entérica

Resultados do questionário:

- 96% **desconhecem** que a lavagem da sonda previne interações nutrição-medicamento e medicamento-medicamento.
- Diversidade de volumes administrados entre medicamentos e após a administração de medicação (10-100ml).
- 33% **não acredita** que é necessário parar a nutrição entérica para administrar a medicação
- 71% administra a medicação após suspender a nutrição **apenas quando está em perfusão contínua**.
- 25% **não suspende** a nutrição para além do tempo que demora a administrar a medicação.
- 4% administra a medicação no intervalo da pausa alimentar.

Tillott, H., Barrett, D., Ruan, J., Li, V., Merrick, S., Steed, H., Morrissey, H., & Ball, P. (2020). Survey of nurses' knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes. *Journal of Clinical Nursing* 29(23-24), 4614-4622. <https://doi.org/10.1111/jocn.15498>



- ▶ 79% **altera a formulação** da medicação prescrita.
 - 54% altera a formulação sólida para a formulação líquida
 - 10% recebe a formulação líquida da farmácia
 - 16% pede a alteração da formulação
 - 10% muda a via de administração

Pesquisa sobre a possibilidade de modificar a formulação:

- 62% refere fazê-lo apenas quando é confrontado com um novo medicamento
- 16% confia no sistema de prescrição de terapêutica
- 12% pesquisa sempre a forma de administrar antes de o fazer
- 10% nunca faz qualquer pesquisa



Tillott, H., Barrett, D., Ruan, J., Li, V., Merrick, S., Steed, H., Morrissey, H., & Ball, P. (2020). Survey of nurses' knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes. *Journal of Clinical Nursing* 29(23-24), 4614-4622. <https://doi.org/10.1111/jocn.15498>

Em texto livre, **26%** dos enfermeiros **expressaram necessidade de suporte** no que respeita a esta temática:

- **Formação** – quais os medicamentos que podem ser triturados, quais as formulações líquidas existentes
- **Prática na prescrição** – prescrição da formulação adequada à via de administração
- **Abordagem multidisciplinar** – prescrição da formulação adequada por parte do médico e dispensa da formulação no serviço por parte do farmacêutico
- Dispositivos melhores para triturar medicamentos
- **Guidelines de fácil acesso**
- **Quadros de consulta rápida**

Tilott, H., Barrett, D., Ruan, J., Li, V., Merrick, S., Steed, H., Morrissey, H., & Ball, P. (2020). Survey of nurses' knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes. *Journal of Clinical Nursing* 29(23-24), 4614-4622. <https://doi.org/10.1111/jocn.15498>

**Nutrición
Hospitalaria**

Nutr Hosp. 2012;27(3):879-888
ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ
S.V.R. 318

Original

Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasointestinal y enterostomía en pacientes hospitalizados

N. de Amuriza Chicharro¹, R. M.ª Romero Jiménez², M.ª A. Valero Zanuy¹, P. Gomis Muñoz¹ y A. Herreros de Tejada¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

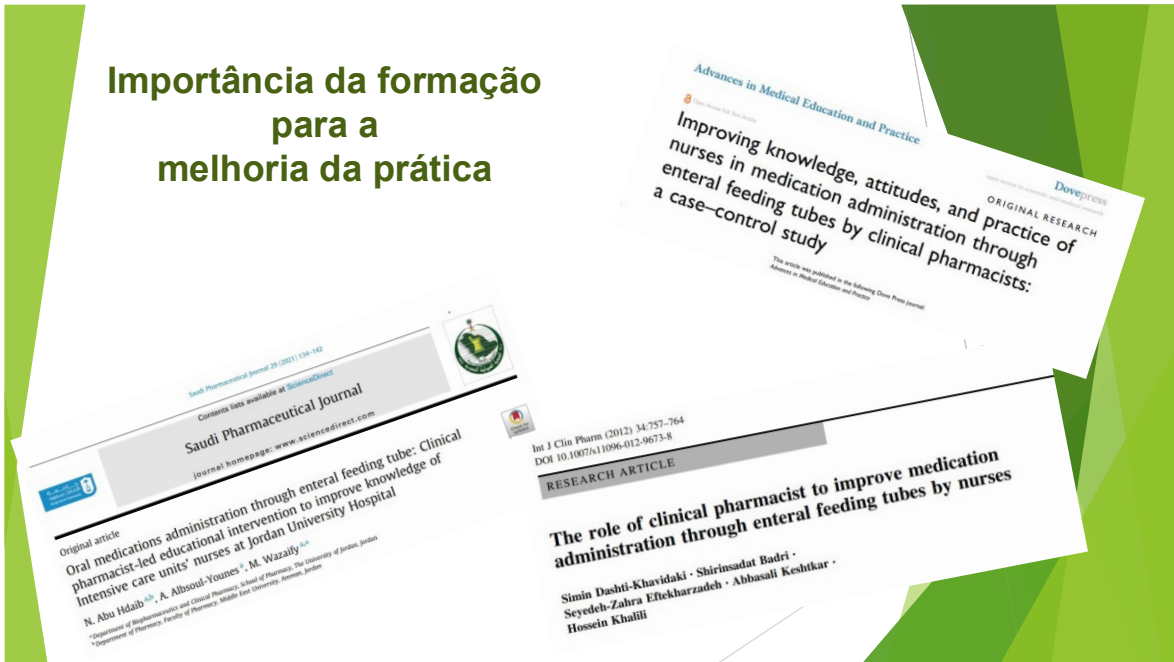
- ▶ Questionário que visa estudar o grau de conhecimento sobre as práticas adequadas na administração de medicação por via entérica
- ▶ Dos 323 enfermeiros apenas 162 responderam ao questionário

Resultados:

- Apenas 24,5% demonstrou um conhecimento adequado
- 69,7% em algum momento triturou formulações sólidas de revestimento entérico
- 66,2% triturou formulações de libertação prolongada
- 24,6% não dilui as formulações líquidas
- 65,7% lava a sonda antes e depois de administrar a medicação
- 42,7% não lava a sonda entre a administração de fármacos
- 47,6% mistura medicamentos
- 12,7% mistura a medicação com a nutrição

Chicharro, N., Jiménez, R., Zanuy, M., Muñoz, P., Tejada, A. (2012). Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasointestinal y enterostomía en pacientes hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 879-888. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5747>

Importância da formação para a melhoria da prática



- ▶ Enfermeiros de 7 UCI do Hospital Universitário da Jordânia
- ▶ 1 etapa - Aplicação de questionário de avaliação do conhecimento sobre a administração de medicação por via entérica
- ▶ 2ª etapa - Formação aos enfermeiros no grupo de intervenção, ministrada por um farmacêutico
- ▶ 3ª etapa - Reavaliação do conhecimento dos enfermeiros do grupo de intervenção e de controlo.
- ▶ Comparação dos resultados

Resultados:

- Melhoria superior a 48% nos vários domínios abordados
- Reconhecimento por parte dos enfermeiros da existência de uma lacuna no seu conhecimento sobre esta prática

A formação melhorou significativamente o conhecimento dos enfermeiros

Abu Hdaib, N., Albsoul-Younes, A., & Wazaify, M. (2021). Oral medications administration through enteral feeding tube: Clinical pharmacist-led educational intervention to improve knowledge of intensive care units' nurses at Jordan University Hospital. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 29(2), 134–142. <https://doi.org/10.1016/j.sps.2020.12.015>

Improving knowledge, attitudes, and practice of nurses in medication administration through enteral feeding tubes by clinical pharmacists: a case-control study

This article was published in the following Dove Press journal: *Advances in Medical Education and Practice*

- ▶ Março 2014 a Maio 2016
- ▶ Questionário revisto por 18 enfermeiros de UCI
- ▶ Participação de 82 enfermeiros de 6 UCIs de 2 grandes hospitais do Irão
 - 39 enfermeiros no grupo de intervenção

Resultados:

Melhoria significativa do conhecimento após a formação nos seguintes domínios:

- prática adequada na trituração de formulações sólidas
- diluição da medicação
- lavagem da sonda
- mistura de medicamentos nas sondas
- verificação da localização da sonda

A formação melhorou significativamente o conhecimento dos enfermeiros

Hossaini Alhashemi, S., Ghorbani, R., & Vazin, A. (2019). Improving knowledge, attitudes, and practice of nurses in medication administration through enteral feeding tubes by clinical pharmacists: A case-control study. *Advances in Medical Education and Practice*, Volume 10, 493-500. <https://doi.org/10.2147/amep.s203680>

The role of clinical pharmacist to improve medication administration through enteral feeding tubes by nurses

Simin Dashti-Khavidaki · Shirinsadat Badri · Seyedeh-Zahra Eftekharzadeh · Abbasali Keshkar · Hossein Khalili

Resultados:

Aumento das respostas corretas no grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo.

Etapa 1 - Questionário aplicado a 67 enfermeiros de UCI no Irão / 31 enfermeiros no grupo de intervenção

Etapa 2 - Formação dos enfermeiros do grupo de intervenção, ministrada por farmacêuticos. Elaboração de um manual com as normas e foram lecionadas aulas. Duração de 1 mês. Domínios abordados:

- preparação da medicação
- lavagem da sonda
- reconhecimento de interações medicamento-medicamento / medicamento-nutrição

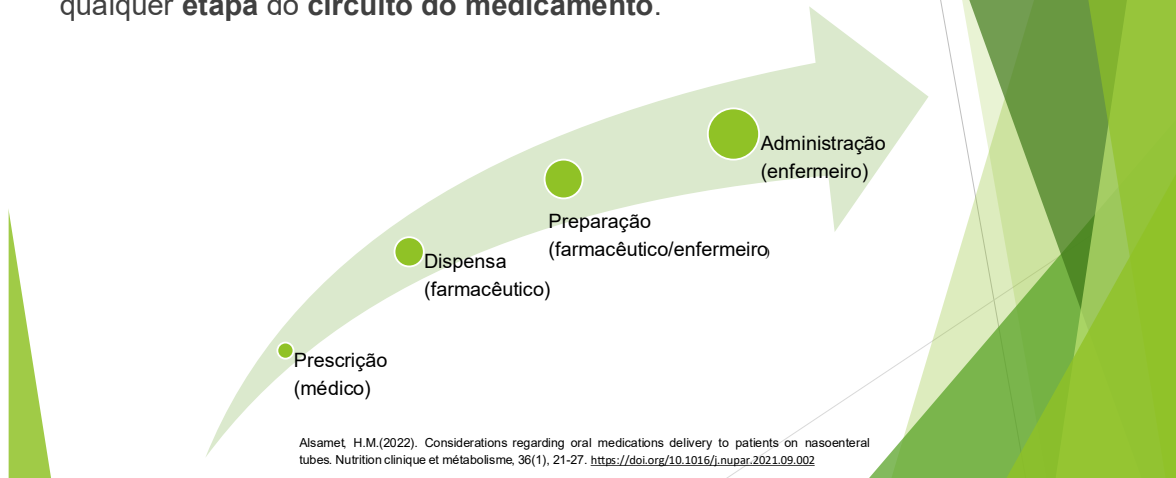
Etapa 3 - 3 meses após a formação, aplicado novo questionário para reavaliar o conhecimento dos enfermeiros.

A formação melhorou significativamente o conhecimento dos enfermeiros

Dashti-Khavidaki, S., Badri, S., Eftekharzadeh, S.-Z., Keshkar, A., & Khalili, H. (2012). The role of clinical pharmacist to improve medication administration through enteral feeding tubes by nurses. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 34(5), 757-764. <https://doi.org/10.1007/s11096-012-9673-8>

Erro de Medicação

O erro de medicação poderá acontecer em qualquer **etapa** do **circuito do medicamento**.



Principais erros na administração de medicação por via entérica

- ▶ Não confirmação da localização da extremidade distal da sonda antes da administração.
- ▶ Não marcação do nível da sonda.
- ▶ Utilização de seringas usadas na administração endovenosa na preparação de medicação.
- ▶ Administração por sonda jejunal de medicamentos cuja absorção é realizada em meio ácido.
- ▶ Administração por sonda gástrica de medicamentos cuja absorção é realizada em meio básico.

Chicharro, N., Jiménez, R., Zanuy, M., Muñoz, P., Tejada, A. (2012). Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasoentérica y enterostomía en pacientes hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 879-888. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5747>

Mota, M. L. S., Barbosa, I. V., Studart, R. M. B., Melo, E. M., Lima, F. E. T., & Mariano, F. A. (2010). Evaluation of Intensivist-Nurses' Knowledge Concerning Medication Administration Through Nasogastric and Enteral Tubes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 888-894. <https://doi.org/10.1580/s0104-11682010000500008>

Tillott, H., Barrett, D., Ruan, J., Li, V., Merrick, S., Slead, H., Morrissey, H., & Ball, P. (2020). Survey of nurses' knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24), 4614-4622. <https://doi.org/10.1111/jocn.15498>

Principais erros na administração de medicação por via entérica

- ▶ Trituração da formulação sólida quando está disponível a formulação líquida do mesmo medicamento.
- ▶ Trituração das formulações de libertação prolongada.
- ▶ Trituração e administração conjunta de vários medicamentos.
- ▶ Não lavagem da sonda após a administração de medicação.
- ▶ Não realização da pausa adequada da nutrição entérica, na administração de medicamentos que exigem o estômago vazio.

Chicharro, N., Jiménez, R., Zanuy, M., Muñoz, P., Tejada, A. (2012). Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasointestinal y enterostomía en pacientes hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 879-888. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5747>.

Mota, M. L. S., Barbosa, I. V., Studart, R. M. B., Melo, E. M., Lima, F. E. T., & Mariano, F. A. (2010). Evaluation of Intensivist-Nurses' Knowledge Concerning Medication Administration Through Nasogastric and Enteral Tubes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 888-894. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000500008>

Tillott, H., Barrett, D., Ruan, J., Li, V., Merrick, S., Steed, H., Morrissey, H., & Ball, P. (2020). Survey of nurses' knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24), 4614-4622. <https://doi.org/10.1111/jocn.15498>

Escolha da formulação

Nem sempre a formulação prescrita é a mais adequada à situação da pessoa.

Antes de administrar um medicamento, cabe ao enfermeiro escolher a formulação que se adequa à via de administração.

Na via entérica, o enfermeiro deverá optar pela **formulação líquida**: xarope, suspensão e solução.

As **vantagens** da formulação líquida são:

- menor risco de obstrução,
- maior sensibilidade na manipulação e doseamento.

Alsamet, H.M.(2022). Considerations regarding oral medications delivery to patients on nasogastric tubes. *Nutrition clinique et métabolisme*, 36(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.09.002>

Mendes, A. (2011). Administração de medicamentos por sonda. *Boletim do CIM, ROF 90*(Ago)3-4. Ordem dos Farmacêuticos. <https://www.ordemdosfarmaceuticos.pt/publicacoes/boletim-do-cim/boletim-do-cim-mai-ago-2011/>

Williams, N.T. (2008). Medication administration through enteral feeding tubes. *American Journal of HealthSystem Pharmacy*, 65(24), 2347-2357. <https://doi.org/10.2146/ajhp080155>

Preparação da medicação

FORMULAÇÃO	PREPARAÇÃO
Formulações líquidas	Formulação de eleição. Atenção à osmolaridade. Soluções hiperosmolares podem levar a intolerância por diarreia, principalmente quando administradas no intestino delgado. Dissolver em 10-30ml de água.
Comprimidos e drageias	<ul style="list-style-type: none"> • Triturar e reduzir a pó • Dissolver o pó em 15-20ml de água e administrar imediatamente.*
Comprimidos solúveis ou orodispersíveis	Dissolver em 15-20ml de água e administrar imediatamente.*
Formulações efervescentes	Dissolver em 15-20ml de água até desgaseificação total e só depois administrar.

(*)Para garantir a administração da dose total do medicamento, deve-se lavar o recipiente com um pouco de água e administrá-la de seguida.

Mendes, A. (2011). Administração de medicamentos por sonda Boletim do CIM. ROF 98(1) 34. Ordem dos Farmacêuticos.
<https://www.ordemdosfarmaceuticos.pt/publicacoes/boletim-do-cim/boletim-do-cim-mai-ago-2011/>

Preparação da medicação

FORMULAÇÃO	PREPARAÇÃO
Cápsulas duras	<p>Abrir e dissolver o conteúdo em 15-20ml de água.</p> <p>Nota: As cápsulas que contêm microesferas ou pellets no seu interior e com revestimento entérico ou de libertação prolongada não se devem triturar. Podem-se abrir e misturar o seu conteúdo com água e administrar de seguida.</p> <p>Atenção: as microesferas podem ficar depositadas no interior das seringas de administração podem levar á obstrução da sonda</p>
Cápsulas moles	<p>Aspirar o conteúdo líquido com uma seringa e posteriormente diluir em água.</p> <p>Nota: Para não se perder parte da dose, podemos dissolver a cápsula inteira em água mas ter o cuidado de remover os restos gelatinosos antes de administrar pela sonda</p>

Mendes, A. (2011). Administração de medicamentos por sonda. Boletim do CIM. ROF 98(1)34. Ordem dos Farmacêuticos.
<https://www.ordemdosfarmaceuticos.pt/publicacoes/boletim-do-cim/boletim-do-cim-mai-ago-2011/>

Administração

► Prescrição de múltiplos medicamentos para a mesma hora

- Administrar cada medicamento separadamente e lavar a sonda entre eles com 5 a 10ml de água

► Nutrição entérica intermitente/bólus

- Administrar a medicação 1h antes do bólus ou início da perfusão de nutrição ou 2h após o bólus ou da interrupção da nutrição

► Perfusão contínua de nutrição entérica

- Interromper a perfusão 15 a 20min antes e retomar 15 a 20min depois da administração de medicamentos.

- Nos casos em que a administração do medicamento necessita do estômago vazio, recomenda-se a administração 1h após a interrupção da perfusão e reinício desta 2h após a administração da medicação.

Mendes, A. (2011). Administração de medicamentos por sonda. Boletim do CIM. ROF 98(1)8. Ordem dos Farmacêuticos. <https://www.ordemdosfarmaceuticos.pt/pt/publicações/boletim-do-cim/boletim-do-cim-mai-ago-2011/>

Williams, N.T. (2008). Medication administration through enteral feeding tubes. American Journal of HealthSystem Pharmacy, 65(24), 2347-2357. <https://doi.org/10.2146/ajhp080155>

Outros cuidados de enfermagem

Ajustar o ritmo da perfusão de nutrição quando esta é interrompida por um intervalo de tempo significativo (1-2h) garantindo o fornecimento de nutrientes necessários nas 24h.

Antes e após a administração da medicação deve-se lavar a sonda com 10 a 50ml de água.

Para a desobstrução da sonda, é recomendado usar água, soluções aquecidas ou bebidas gaseificadas.

Mendes, A. (2011). Administração de medicamentos por sonda. Boletim do CIM. ROF 98(1)8. Ordem dos Farmacêuticos. <https://www.ordemdosfarmaceuticos.pt/pt/publicações/boletim-do-cim/boletim-do-cim-mai-ago-2011/>

Williams, N.T. (2008). Medication administration through enteral feeding tubes. American Journal of HealthSystem Pharmacy, 65(24), 2347-2357. <https://doi.org/10.2146/ajhp080155>

Take Home Messages

- ▶ A **segurança** e a **qualidade** dos cuidados de enfermagem são a **prioridade**.
- ▶ A administração de medicamentos, independentemente da via utilizada, é da **competência** dos enfermeiros.
- ▶ A **via entérica** é frequentemente utilizada em contexto de **Cuidados Intensivos**.
- ▶ Estudos **evidenciam** uma **lacuna** existente no conhecimento dos enfermeiros no que respeita à preparação e administração de medicação por via entérica.
- ▶ Existem **interações fármaco-nutrientes** importantes que poderão colocar em **risco** a segurança da pessoa.
- ▶ É necessário **investir na formação** dos enfermeiros para contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Referências

- Abu Hdaib, N., Albsoul-Younes, A., & Wazaify, M. (2021). Oral medications administration through enteral feeding tube: Clinical pharmacist-led educational intervention to improve knowledge of Intensive care units' nurses at Jordan University Hospital. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 29(2), 134–142. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2020.12.015>
- Alsamet, H.M.(2022). Considerations regarding oral medications delivery to patients on nasoenteral tubes. *Nutrition clinique et métabolisme*, 36(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.09.002>
- Cavagna, P., Bizet, S., Fieux, F., Houillez, E., Chirk, C., Zilian, C., Perreux, J., Fernandez, C., Lescot, T., & Antignac, M. (2022). Assessment of Good Practice Guidelines for Administration of Drugs via Feeding Tubes by a Clinical Pharmacist in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 42(6), 54–65 <https://doi.org/10.4037/ccn2022395>
- Chicharro, N., Jiménez, R., Zanuy, M., Muñoz, P., Tejada, A. (2012). Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasointestinal y enterostomía en pacientes hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 879-888. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5747>
- Dashti-Khavidaki, S., Badri, S., Eftekharzadeh, S.-Z., Keshtkar, A., & Khalili, H. (2012). The role of clinical pharmacist to improve medication administration through enteral feeding tubes by nurses. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 34(5), 757–764. <https://doi.org/10.1007/s11096-012-9673-8>
- Direção Geral de Saúde (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Referências

Hossaini Alhashemi, S., Ghorbani, R., & Vazin, A. (2019). Improving knowledge, attitudes, and practice of nurses in medication administration through enteral feeding tubes by clinical pharmacists: A case-control study. *Advances in Medical Education and Practice*, *Volume 10*, 493–500. <https://doi.org/10.2147/amep.s203680>

Governo Basco. (2021). Administración de medicamentos orales: cómo y cuándo?. *INFAC*, *29(6)*, 52-61 https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2021/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_29_6_como-tomar-medicamentos.pdf

Mendes, A. (2011). Administração de medicamentos por sonda. *Boletim do Centro de informação do medicamento*, *98(1)*, 3-4. <https://www.ordemosfarmaceuticos.pt/pt/publicações/boletim-do-cim/boletim-do-cim-mai-ago-2011/>

Mota, M. L. S., Barbosa, I. V., Studart, R. M. B., Melo, E. M., Lima, F. E. T., & Mariano, F. A. (2010). Evaluation of Intensivist-Nurses' Knowledge Concerning Medication Administration Through Nasogastric and Enteral Tubes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *18(5)*, 888–894. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000500008>

Tillott, H., Barrett, D., Ruan, J., Li, V., Merrick, S., Steed, H., Morrissey, H., & Ball, P. (2020). Survey of nurses' knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes. *Journal of Clinical Nursing*, *29(23-24)*, 4614–4622. <https://doi.org/10.1111/jocn.15498>

Williams, N.T. (2008). Medication administration through enteral feeding tubes. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *65(24)*, 2347-2357. <https://doi.org/10.2146/ajhp080155>

QUESTÕES?



ANEXO

Anexo I – Certificado de apresentação de Póster no Evento Técnico-Científico “I Congresso de Enfermagem Intensiva Polivalente”, promovido pela Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho



CERTIFICADO

Certifica-se que,

ALICE MAIA DE MIRANDA

Realizou apresentação de Poster no Evento Técnico-Científico “**I CONGRESSO DE ENFERMAGEM INTENSIVA POLIVALENTE**”, promovido pela Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho (ULSGE), dedicado ao tema:

“ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENTÉRICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

que decorreu nos dias 16, 17 E 18 de outubro de 2024, entre as 08h30 e as 18h00, no Auditório do Olival e Auditório do Centro de Reabilitação do Norte.

Pela Comissão Organizadora,

Domingos António Rodrigues Malta
Enfermeiro Gestor do SMIP