



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico Cirúrgica

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO: GESTÃO CLÍNICA E CONFORTO
CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA**

INTERNSHIP REPORT: CLINICAL MANAGEMENT AND COMFORT
SPECIALIZED CARE FOR THE PERSON IN CRITICAL SITUATION AND THEIR
FAMILY

Por

Carla Andreia Domingos da Silva

Lisboa - 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico Cirúrgica

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO: GESTÃO CLÍNICA E CONFORTO
CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA**

INTERNSHIP REPORT: CLINICAL MANAGEMENT AND COMFORT
SPECIALIZED CARE FOR THE PERSON IN CRITICAL SITUATION AND THEIR
FAMILY

Por

Carla Andreia Domingos da Silva

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa - 2024

*Quem trabalha com as mãos é trabalhador.
Quem trabalha com as mãos e a cabeça é artesão.
Quem trabalha com as mãos, a cabeça e o coração é um artista.*

São Francisco de Assis

DEDICATÓRIA

À memória do meu pai, que me acompanha sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Fábio Pinto que, não sendo enfermeiro, sabe estar, fazer e ser, abraçando através de mim esta profissão sem a ter escolhido e lutando ao meu lado para alcançar todos os objetivos a que me proponho.

Às minhas filhas Laura e Carolina, que são a minha motivação para fazer sempre mais e melhor.

À minha mãe e irmã, que mesmo longe estão sempre perto.

À Professora Patrícia Pontífice, pelo impulso para que fosse além dos meus próprios objetivos, por ter sido conforto e por ser inspiração.

Às minhas colegas de mestrado Regina Magalhães, Vanessa Santos, Inês Nogueira e Filipa Almeida, por todos os momentos de trabalho e de amizade partilhados.

À minha equipa do hospital de dia, pelas palavras de incentivo e momentos de partilha. Em especial à enfermeira gestora Isabel Tavares pela confiança, flexibilidade e suporte.

Por serem partes memoráveis deste percurso,

o meu sincero OBRIGADA.

RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, constituinte do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa, foi proposta a elaboração do presente relatório como objeto de apreciação e discussão pública. No sentido de documentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências para uma prática de cuidados especializada, o relatório emerge da concretização dos Projetos de Aprendizagem elaborados, com vista à obtenção do grau de Mestre, assim como do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este documento tem como objetivo: realizar uma análise crítica e reflexiva das atividades e das experiências vivenciadas nos contextos de estágio realizados nesta unidade curricular. Para a elaboração do mesmo, foi usada uma metodologia expositivo-descritiva, analítico-reflexiva, assente na pesquisa bibliográfica e na procura da melhor evidência disponível, de forma a relatar e fundamentar as experiências vivenciadas e competências especializadas adquiridas.

No que concerne à organização do documento, este encontra-se estruturado em capítulos. Primeiramente, apresenta-se a revisão *scoping* intitulada “Intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados”, com o objetivo de mapear a evidência científica disponível acerca das intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica promotoras da qualidade dos cuidados, em organizações de saúde hospitalares. No capítulo seguinte, encontra-se explanada a análise crítica e reflexiva do percurso realizado, onde se salienta também a elaboração da revisão *scoping* intitulada “Influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente”, com o objetivo de mapear a evidência científica disponível acerca das dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica na pessoa adulta doente. Por fim, é realizada uma conclusão que reflete o balanço do percurso efetuado, bem como os contributos imprescindíveis do mesmo para o crescimento pessoal e profissional como enfermeira.

Descritores: enfermagem; cuidados confortadores; gestão clínica.

ABSTRACT

Within the scope of the Curricular Unit "Final Internship and Report", constituent of the master's degree in medical-surgical Nursing – in Nursing to the Person in Critical Situation, of the School of Nursing (Lisbon) of the Catholic University of Portugal, it was proposed the preparation of this report as an object of public appreciation and discussion. To document the path of acquisition and development of skills for a specialized care practice, the report emerges from the implementation of the Learning Projects elaborated, with a view to obtaining the master's degree, as well as the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing – in the field of Nursing to the Person in Critical Situation. This document aims to: carry out a critical and reflective analysis of the activities and experiences lived in the internship contexts carried out in this curricular unit. For the elaboration of this report, an expository-descriptive, analytical-reflective methodology was used, based on bibliographic research and the search for the best available evidence, to report and substantiate the experiences lived and specialized skills acquired.

Regarding the organization of the document, it is structured in chapters. First, the scoping review entitled "Nurse interventions in the field of clinical management that promote quality of care" is presented, with the objective of mapping the available scientific evidence about nurse interventions in the field of clinical management that promote quality of care, in hospital health organizations. In the following chapter, the critical and reflexive analysis of the path taken is explained, where the elaboration of the scoping review entitled "Influence of enteral nutrition on the comfort of the sick adults" is also highlighted, with the objective of mapping the available scientific evidence about the dimensions of comfort that are influenced by enteral nutrition in the sick adult. Finally, a conclusion is made that reflects the balance of the path taken, as well as its essential contributions to personal and professional growth as a nurse.

Descriptors: nursing; comforting care; clinical management.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
I. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO DOMÍNIO DA GESTÃO CLÍNICA, PROMOTORAS DA QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO SCOPING	13
Enquadramento	13
Metodologia	15
Resultados	18
Discussão.....	21
Limitações	29
Conclusões	29
II. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO REALIZADO	30
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	32
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	48
2.2.1 Hospital de Dia de Oncologia	61
III. CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICES	79
Apêndice I – Revisão scoping – “A influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente”	80
Apêndice II – Poster – “A influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente: protocolo de revisão”	101
Apêndice III – Sessão de formação – “Nutrição entérica e a pessoa em situação crítica”	103
Apêndice IV – Poster – “Intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados: protocolo de revisão scoping”	115
ANEXOS	117
Anexo I – Certificado de Formação <i>Onboarding</i> – Serviço de Urgência	118
Anexo II – Certificado da formação – “Cuidados ao doente submetido a cirurgia pancreática”.....	121
Anexo III – Certificado de participação no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Poster I.....	123
Anexo IV – Certificado de participação no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Poster II.....	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Fluxo	17
Figura 2 - Categorização das Intervenções do Enfermeiro.....	18

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Extração de dados.....	19
-----------------------------------	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa, elabora-se o presente relatório, com vista à obtenção do grau de Mestre, assim como do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Assim, com o intuito de documentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências para a prática de cuidados especializada, emerge o presente relatório, assente na concretização dos Projetos de Aprendizagem individuais elaborados no decurso da unidade curricular supramencionada. Por conseguinte, procede-se à exposição e análise crítica e reflexiva dos objetivos gerais e específicos delineados, assim como das intervenções e atividades desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no decurso dos estágios realizados.

No que concerne aos referidos estágios, salienta-se que foram realizados em dois contextos clínicos, com 180 horas de contacto cada, nomeadamente no contexto de serviço de urgência e no contexto de unidade de cuidados intensivos. O primeiro estágio foi realizado no serviço de urgência de um hospital privado em Lisboa, no período de 4 de setembro a 23 de outubro de 2023. Relativamente ao segundo estágio, este realizou-se numa unidade de cuidados intensivos de um hospital privado em Lisboa, no período compreendido de 24 de outubro a 16 de dezembro de 2023. Neste último, foi possível integrar cerca de 30 horas em hospital de dia de oncologia, na mesma instituição.

Para a estruturação e concretização dos projetos individuais de aprendizagem orientadores dos contextos de estágio, foram traçados objetivos, bem como indicadores de processo e de resultado, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, tendo por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018).

A opção de ingressar no mestrado em enfermagem médico-cirúrgica prende-se com o meu percurso profissional nos últimos 16 anos, em que integrei serviços na área mencionada, maioritariamente do foro da gastroenterologia, em contextos de internamento e hospital de dia. O meu ímpeto por aprofundar conhecimentos de investigação aliado à vontade de adquirir conhecimentos especializados, foram impulsionadores desta decisão que há muito me interpelava.

De acordo com Benner e colaboradores (2009), a enfermagem é demasiado complexa para ser reduzida apenas a um contexto de aplicação. A prática da enfermagem é variada e ampla, o que significa que o enfermeiro deve estar atento às mudanças de relevância, bem como às mudanças nas respostas da pessoa doente e na natureza da sua condição clínica ao longo do tempo. Acrescenta ainda que, histórica e culturalmente, a relação entre teoria e prática e entre razão e intuição têm sido mote de pesquisa.

No seu livro “Cuidados de Qualidade em Enfermagem – aplicando a teoria à prática clínica, educação e liderança”, Joanne Duffy (2009) realça que o futuro da enfermagem depende de um espírito de investigação do cuidado, praticando a partir da base do mesmo e, simultaneamente, fomentando a investigação a partir das evidências empíricas.

Para Benner (2001), a teoria, sustento da intervenção do enfermeiro, disponibiliza o que pode ser explicitado e formalizado. Contudo, refere que a prática é substancialmente complexa e proporciona mais realidades do que as presentes na teoria. Segundo a mesma autora, o enfermeiro especialista é um perito que domina a teoria, alicerçado pelo conhecimento concreto da situação e contextualizando-a.

Tendo em consideração estas premissas, consolidadas na importância de refletir, analisar e documentar este percurso, o presente relatório comporta o desenvolvimento de competências especializadas nos vários domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) descreveu nos seus enunciados descritivos o metaparadigma “pessoa”, definindo-a como centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são fator importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. Muito embora se trate de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto. Por conseguinte, a pessoa é um

ser holístico no mundo, um sistema aberto, um todo integrado, um ser que é mais que a soma das suas partes e beneficia dos cuidados de enfermagem. Ao nível da saúde, esta processa-se em continuidade com a doença, representando um estado e um reflexo de trocas na pessoa. Este pressuposto é corroborado por Fawcett (2021), fundamentado nos metaparadigmas por si definidos, reforçando que existe uma relação intrínseca entre a atuação dos enfermeiros centrada na população alvo dos seus cuidados e a qualidade de vida da mesma.

Mediante o supracitado, ao longo deste documento optei por adotar a terminologia “pessoa e sua família” como alvo dos cuidados de saúde, contudo, nos contextos de doença, os termos utilizados serão “doente” ou “pessoa doente”, consoante a contextualização clínica. Opto pelo termo “pessoa” como conceito metaparadigmático, revelador do seu caráter multicultural, universal, humanizador e holístico.

Um modelo conceptual de enfermagem fornece um quadro de referência particular e distinto por meio do qual as pessoas, seu ambiente e sua saúde são percebidos. A sua principal função é fornecer uma estrutura para reflexão, observação e interpretação dos fenómenos e fornecer diretrizes e orientações para aspetos da prática clínica (Fawcett, 1984).

Portanto, à luz dos referenciais teóricos do conforto, Katharine Kolcaba e Patrícia Pontífice Sousa, e assente no Paradigma da Transformação – que se caracteriza por uma orientação face ao mundo – o presente relatório pretende explanar o percurso concretizado, tendo como principal objetivo: elaborar uma análise crítica e reflexiva das atividades e das experiências vivenciadas nos contextos de estágios, espelhando a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista e mestre.

A Ordem dos Enfermeiros definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (2017), reiterando o enquadramento conceptual anterior existente (Ordem dos Enfermeiros, 2001), descrevendo como integrantes a satisfação da pessoa que vivencia processos de doença crítica e/ou falência orgânica, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. O percurso efetuado expõe as competências adquiridas tendo em consideração os padrões de qualidade exigidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se organizado em três capítulos.

Inicialmente apresenta-se a introdução, onde se expõe o contexto académico e a estrutura do documento, contextualizando o presente relatório.

O primeiro capítulo compreende a revisão *scoping* intitulada: “Intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados”, com o objetivo de mapear a evidência científica disponível acerca das intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados, em organizações de saúde hospitalares.

Quanto ao segundo capítulo, este contempla a análise crítica e reflexiva do percurso realizado no decorrer dos estágios. Os subcapítulos referem-se aos dois campos de estágio. O primeiro subcapítulo remete-se ao Serviço de Urgência, onde se salienta a realização da revisão *scoping* intitulada: “A influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente”, com o objetivo de mapear a evidência disponível acerca das dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica na pessoa adulta doente. A nutrição entérica tem influência no conforto da pessoa doente e família nas dimensões física, social e psicoespiritual, podendo esta influência ser positiva ou negativa consoante o contexto de saúde ou fase da vida em que se torna necessária. O segundo subcapítulo remete-se à Unidade de Cuidados Intensivos, onde foi realizada observação e participação nas intervenções do domínio da gestão clínica realizadas pelo enfermeiro coordenador e chefes de equipa, bem como a participação no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, com o poster intitulado: “Intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados: protocolo de revisão *scoping*”. Durante a realização deste último estágio, surgiu a oportunidade de realizar cerca de 30 horas em Hospital de Dia de Oncologia na mesma instituição, pelo que abordarei brevemente esta experiência.

O terceiro capítulo é referente à conclusão, onde se apresentam as considerações finais do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

Por fim, são listadas as referências bibliográficas segundo as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição (2020). No final do relatório, encontram-se os apêndices e os anexos mencionados ao longo do documento.

I. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO DOMÍNIO DA GESTÃO CLÍNICA, PROMOTORAS DA QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO SCOPING

Enquadramento

A gestão clínica desempenha um papel fundamental na profissão de enfermagem uma vez que contribui para além da satisfação profissional, para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, para o aumento da eficiência dos processos, para a segurança dos doentes. Além disso, otimiza os recursos e promove uma abordagem baseada em evidência para a prática de enfermagem (Balsanelli, 2019; Platz, 2019). Através da gestão clínica, os enfermeiros podem aprimorar a organização e coordenação dos cuidados, otimizando o tempo e os recursos (Driscoll et al., 2018). Trevizan e colaboradores (2006) referem que conciliar a gestão e a prática clínica tem benefícios na qualidade dos cuidados.

A qualidade em saúde envolve um conjunto de processos e uma filosofia de trabalho que cada profissional integra na prática clínica e na procura contínua da qualidade dos serviços que presta (Potra, 2015). Pensar em qualidade na área de saúde é pensar também na atitude dos profissionais de saúde e questionar qual é a função da própria instituição na estrutura social. É uma combinação de benefícios, riscos e custos, onde o fundamental é oferecer os maiores benefícios com o menor risco possível e a um custo razoável. Os cuidados, para serem de qualidade, devem ser seguros, eficazes, equitativos, oportunos e centrados no doente (Richter et al., 2019).

Prestar cuidados de qualidade é um desafio diário que vai além de dar uma resposta adequada a uma necessidade ou assumir o cuidado como responsabilidade. A responsabilidade e a qualidade são premissas essenciais nas atividades de gestão, administração, empreendedorismo e política. Para tal, os profissionais devem possuir competências específicas e uma base sólida de conhecimentos (Sousa & Barroso, 2009).

A este propósito, Balsanelli (2019) refere que o cuidado enquanto foco da profissão de enfermagem necessita de gestores que mobilizem todos os recursos necessários para rentabilizar os resultados assistenciais. Nesta lógica, não há lugar para a dissociação entre o cuidado e a gestão clínica. A gestão e os cuidados de enfermagem são complementares, sendo que o enfermeiro deverá ter um papel protagonista e abranger vários níveis de atuação, numa relação intrínseca entre a gestão de serviços e a gestão de cuidados, potenciando a qualidade dos mesmos (Giordani et al., 2012; Mororó et al., 2017; Senna et al., 2014).

Os enfermeiros possuem uma preparação privilegiada na abordagem às questões de prestação de cuidados de saúde a nível do micro, meso e macrosistema. Isto engloba os cuidados individuais ao doente no contexto do seu ambiente, os cuidados de enfermagem com base em evidência científica e a liderança nas mudanças dos sistemas, melhorando a qualidade dos cuidados (Tracy et al., 2020).

Neste sentido, o enfermeiro tem-se destacado na ocupação de cargos ligados à gestão de equipas de enfermagem, tendo em consideração as relações interpessoais e o desenvolvimento de cada um dentro da organização, fatores determinantes de melhor prática dos cuidados e a consequente satisfação do doente e da instituição de saúde (Ribeiro et al., 2006).

No domínio da gestão clínica as atividades e funções do enfermeiro assumem diversas perspetivas que se relacionam com a participação e interação em equipas multidisciplinares; o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade; a formação em serviço dos profissionais; a responsabilidade pela manutenção da unidade, pela provisão e controlo de recursos materiais; e a coordenação das atividades de cuidado designadamente a avaliação, o aconselhamento e a educação) (Foley et al., 2000; Mororó et al., 2017; Trevizan et al., 2006). Estas atividades visam promover responsabilidade, autonomia, comunicação e continuidade dos cuidados, bem como a satisfação dos doentes e dos profissionais e uma melhor relação custo-eficácia (Bender et al., 2012; Foley et al., 2000).

Tendo em conta o exposto anteriormente, as funções ou atividades inerentes à gestão clínica em enfermagem estão descritas na literatura como promotoras da qualidade, contudo foram encontrados poucos estudos recentes nesta temática e os encontrados abordam intervenções inerentes à gestão clínica de forma dispersa, pelo que se torna pertinente mapear e agrupar as mesmas, no intuito de definir mais adequadamente este papel e a sua importância.

O agir do enfermeiro no domínio da gestão clínica é abordado na literatura através de diversas denominações: “*Clinical nurse specialist (CNS)*” - enfermeiro especialista clínico (Tracy et al., 2020), “*Clinical nurse leader (CNL)*” - enfermeiro líder clínico (Bender et al., 2012; Carvalho & Lucas, 2020; Ferguson et al., 2007) e “*Specialist nurse (SN)*” - enfermeiro especialista (Fleure & Sara, 2020; Foley et al., 2000). Quaisquer destas denominações encerram papéis de liderança, representando uma oportunidade para a enfermagem no que respeita à colaboração com outros parceiros da prática e implementação da melhoria da qualidade e da segurança do doente em todos os ambientes de saúde (Stanley et al., 2008).

Apesar da relevância reconhecida da gestão clínica para a qualidade dos cuidados, ainda existem lacunas no conhecimento sobre as intervenções mais eficazes e eficientes neste domínio.

Mediante o exposto, pretende-se que esta revisão *scoping* constitua um ponto de partida para a análise e sistematização dos estudos relativos às intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, contribuindo para a sua aplicabilidade como ferramenta na melhoria da qualidade dos cuidados, bem como para o conhecimento científico.

Assim sendo, define-se como objetivo mapear a evidência científica disponível acerca das intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados em organizações de saúde hospitalares.

Metodologia

Realizada uma revisão *scoping*, de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute, a qual permite mapear os principais conceitos-chave, clarificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento, sendo particularmente útil por reunir fontes dispares e heterogéneas (Peters et al., 2022).

Foi formulada a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade de cuidados?”

Os critérios de seleção foram definidos de acordo com a metodologia PCC: Participantes, enfermeiros na prática clínica; Conceito, intervenções no domínio da gestão clínica; Contexto, organizações de saúde hospitalares.

A estratégia de pesquisa teve como objetivo localizar estudos primários, revisões literatura e artigos de opinião publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, sendo que foi utilizada uma estratégia de pesquisa em duas etapas.

Uma pesquisa inicial limitada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL foi realizada para identificar artigos sobre o tema e analisar as palavras do título e resumo para desenvolver uma estratégia de pesquisa e os termos de indexação.

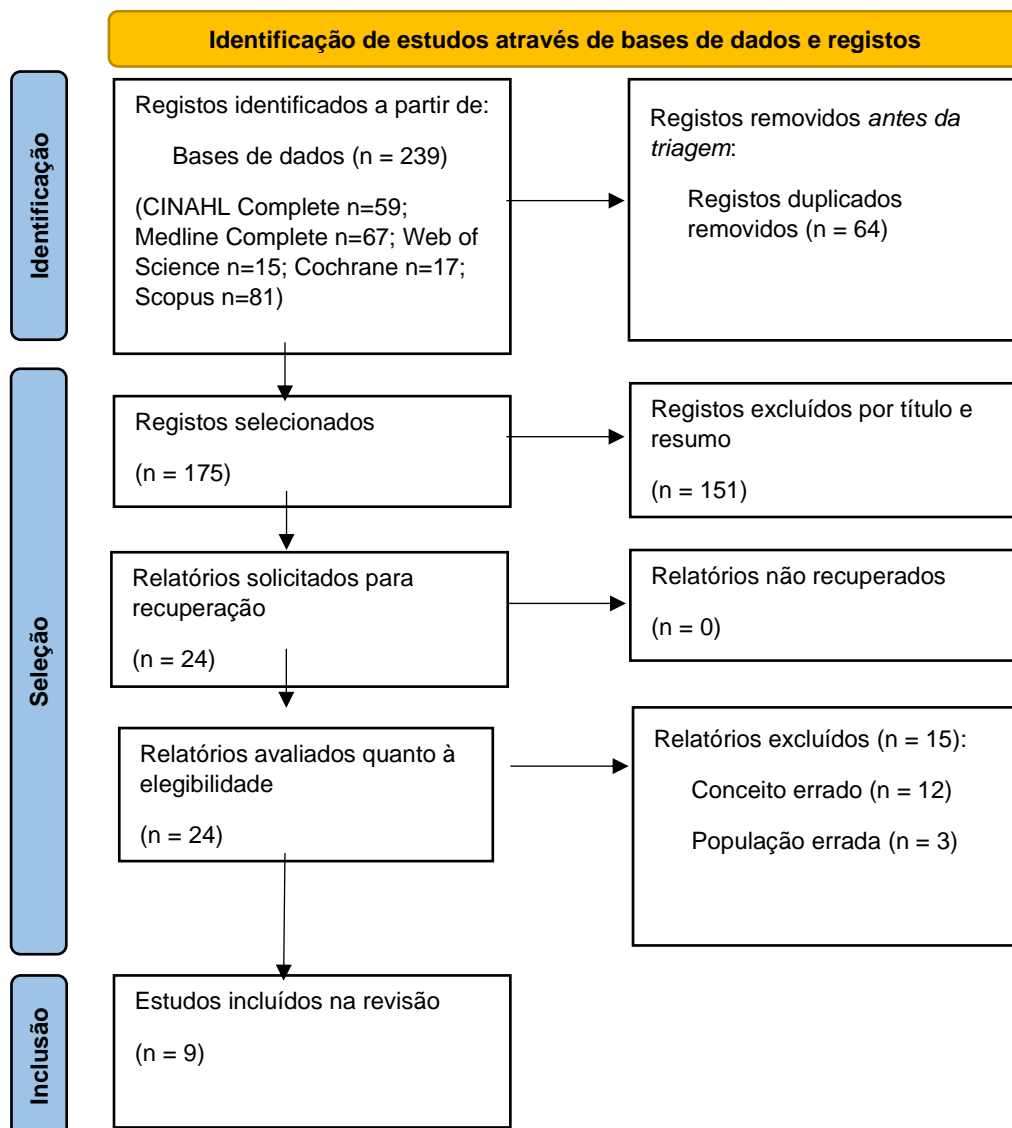
Na segunda etapa, para os descritores identificados, foram validados os termos no MeSH (*Medical Subject Heading*) e CINAHL. De seguida, as palavras e termos incluídos foram combinados numa estratégia de pesquisa única, adaptada de acordo com as especificidades de cada base/repositório selecionada e utilizando a interseção dos operadores booleanos AND e OR para realizar uma pesquisa completa nos motores de busca, CINAHL Complete via EBSCO; Medline via EBSCO; Web of Science via B-on; Cochrane Library; Scopus; com o limitador *free full text*. A estratégia de pesquisa foi adaptada para cada motor de busca.

Para organização e armazenamento das referências foi utilizado o *software* Rayyan, eliminando-se as referências duplicadas. A triagem dos estudos foi realizada por título e resumo, por três revisores de forma independente. As discordâncias foram resolvidas por meio da conferência entre os pares. Os artigos que cumpriram os critérios de elegibilidade previamente definidos passaram à fase de leitura integral e foi analisado o texto completo em conformidade com os critérios definidos por três revisores independentes, sendo que os motivos de exclusão dos estudos foram relatados. Foi utilizada a extensão PRISMA ScR para sintetizar o processo de inclusão dos estudos, o que contribui para a adequabilidade desta revisão (Tricco et al., 2018), sendo a seleção espelhada em diagrama de fluxo (Figura 1).

Os dados foram extraídos usando os seguintes descritores: [(Management OR “Clinical Governance”) OR (“Patient Care Management” OR “Management Quality Circles” OR “Clinical Governance”) OR (Management OR “Clinical Governance”)] AND [(“Quality Care” OR “Quality of Health Care” OR “Health Care Quality” OR “Quality of Nurs* Care” OR “Nurs* Care Quality”) OR (“Quality of Health Care”) OR (“Quality of

Health Care” OR “Quality of Nursing Care”)] AND [(Nurs* OR “nurs* intervention” OR “Nursing Care”) OR (“Nurse Administrators”) OR (“Nursing Practice” OR “Nursing Care” OR “Nursing Interventions”)] AND [(“Clinical Nurse Specialist*” OR “Clinical Nurse Leader*” OR “Specialist* Nurs*”) OR (“Nurse Clinicians”) OR (“Clinical Nurse Leaders” OR “Clinical Nurse Specialists”)].

Figura 1 - Diagrama de Fluxo



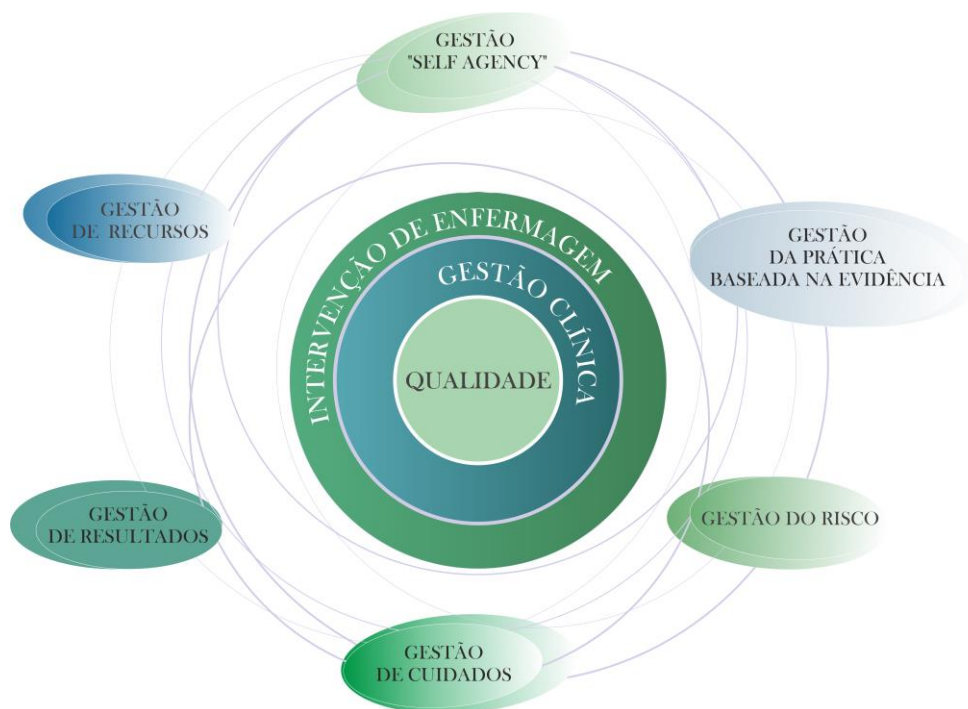
From: Page et al., 2021

Resultados

Procedeu-se à extração de dados tendo por base as orientações do Joanna Briggs Institute (2014) e utilizando uma ferramenta desenvolvida pelos revisores. Os dados extraídos incluem os autores, ano de publicação, tipo de estudo, nível de evidência, objetivos e intervenções de enfermagem. São apresentados através de formato tabular, com a finalidade de expor um resumo narrativo que descreve as intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados, em organizações de saúde hospitalares. Obtivemos 9 artigos com datas de publicação que oscilaram entre 2000 e 2021. Em relação ao país de realização dos estudos, verificámos que um é da Austrália, um do Canadá, seis dos Estados Unidos da América e um do Japão (Quadro 1).

As intervenções foram organizadas em seis categorias que evidenciam as áreas de atuação em que se inserem as intervenções dos enfermeiros no domínio da gestão clínica, como representa a figura seguinte (Figura 2).

Figura 2 - Categorização das Intervenções do Enfermeiro



Quadro 1 - Extração de dados

Autor / Ano	Tipo de Estudo / Nível de evidência	Objetivos	Intervenções
Reid & Dennison, (2011)	Artigo de opinião 5.c	Descrever os antecedentes e a intenção do papel do enfermeiro líder clínico e explicar como este está preparado para facilitar uma cultura de segurança e aumentar a segurança dos cuidados prestados a um grupo de doentes	<ul style="list-style-type: none"> - Adotar estratégias de liderança: adaptar os cuidados ao ambiente global de saúde; comunicar eficazmente com o doente e a equipa; delegar e supervisionar tarefas; incentivar a mudança através da defesa da profissão, da equipa e do doente. - Promover a saúde e reduzir os riscos - Promover a prática baseada na evidência - Adequar os cuidados de saúde à população - Realizar tomada de decisão clínica em situações complexas - Desenhar e implementar planos de cuidados - Avaliar o risco - Participar na identificação e colheita de resultados do cuidado - Avaliar e contribuir para a melhoria dos resultados da prestação de cuidados - Individualizar o atendimento - Promover a defesa do doente e comunidade - Promover a educação do doente - Delegar e supervisionar a prestação de cuidados e resultados - Colaborar com os pares e com outros membros da equipa de saúde - Gerir recursos humanos, ambientais e materiais - Gerir o atendimento do doente e a tecnologia da informação - Facilitar a transição do doente entre ambientes de saúde, com foco na integralidade dos cuidados
Monterosso & Platt (2016)	Estudo prospetivo misto 4.b	Examinar o papel, a função e o impacto dos enfermeiros líderes clínicos na perspetiva dos próprios coordenadores	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar nos cuidados diretos de enfermagem - Realizar educação do doente em contexto clínico - Planear e gerir os cuidados clínicos - Atuar na defesa do doente (advogado) - Realizar atendimento clínico multidisciplinar - Participar em reuniões de equipa multidisciplinar - Comunicar eficazmente em equipa - Realizar tarefas estratégicas (reunir com outras organizações, referenciar doentes, comunicar com diretores e gestores de departamento) - Promover ações de educação para o doente e família - Promover o desenvolvimento profissional
Bender (2016)	<i>Grounded Theory</i> 4.d	Desenvolver uma compreensão teórica da prática clínica do enfermeiro líder que pode facilitar a implementação sistemática e replicável em todos os ambientes de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar contínua e eficazmente - Promover a tomada de decisão em equipa - Gerir as relações interprofissionais - Promover a melhoria do atendimento e da prática clínica

Audet et al. (2021)	Revisão sistemática de estudos randomizados controlados 1.a	Identificar os resultados do doente e da organização das funções de enfermagem de prática avançada, no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Sintetizar as evidências do papel atual dos enfermeiros de prática avançada no pós-operatório de cirurgia cardíaca para fornecer a melhor qualidade de cuidados aos doentes	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a condição física e psicossocial do doente - Gerir a farmacoterapia - Gerir e interpretar exames laboratoriais - Promover e aconselhar sobre a saúde e estilo de vida
Onishi & Kanda (2010)	Qualitativo Descritivo 5.b	<p>Explorar as funções esperadas para enfermeiros especialistas no Japão.</p> <p>Explorar as estratégias de gestão baseadas na experiência dos enfermeiros administradores para a implementação eficaz dessas funções</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a aprendizagem dos enfermeiros generalistas - Monitorizar e melhorar o padrão de atendimento ao doente - Desenvolver novos cargos para a profissão de enfermagem
Morrison (2000)	Artigo de opinião 5.c	Examinar e discutir o papel do enfermeiro especialista clínico perioperatório, abordando especificamente a história, descrevendo o papel, prevendo o futuro e estimulando o interesse entre os enfermeiros perioperatórios em exercer este papel	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar atendimento abrangente ao doente - Servir de modelo para os membros da equipa - Orientar e treinar funcionários e alunos - Identificar temas ou problemas passíveis de pesquisa - Adotar uma prática baseada na evidência - Realizar consultoria em problemas complexos de enfermagem - Desenvolver ferramentas para avaliar o atendimento ao doente, a aprendizagem e o atendimento de qualidade - Iniciar mudanças quando necessário
Nelson & Potter (2020)	Artigo de opinião 5.c	Discutir e descrever o impacto potencial da mudança de um sistema de	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar os cuidados integrados/continuidade dos cuidados - Adotar estratégias de liderança dentro do microssistema

		prestação de cuidados de saúde baseado em volume para um sistema baseado em valor	- Implementar práticas baseadas em evidências para facilitar a qualidade e a continuidade do atendimento
Fulton et al. (2019)	Estudo qualitativo descritivo 4.c	Identificar processos comuns utilizados pelos enfermeiros especialistas clínicos que trabalham numa variedade de ambientes de prática e especialidades para promover a prática da enfermagem e alcançar melhores resultados clínicos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a articulação com a equipa - Comunicar eficazmente em equipa - Intervir na prática clínica com base no seu conhecimento e experiência - Proporcionar suporte e motivação à equipa - Promover a articulação com a administração e com o sistema - Elaborar e divulgar relatórios e resultados
Stanley et al. (2008)	Estudo de caso 4.c	Descrever o potencial impacto na prática do enfermeiro líder clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Atuar como advogado do doente - Avaliar riscos para a segurança do doente - Gerir resultados - Promover a educação e aconselhamento do doente e família - Comunicar eficazmente com doente e com a equipa - Orientar os pares - Desenvolver a relação terapêutica com o doente, família e outros cuidadores -Trabalhar em equipa com outros profissionais de saúde -Providenciar a continuidade de cuidados (envolvimento na transição de um ambiente/contexto para outro) -Supervisionar e coordenar os cuidados -Gerir e coordenar os cuidados a nível multidisciplinar -Promover e participar nos cuidados integrados -Planear cuidados interdisciplinares -Atuar como elemento representativo de um grupo -Gerir recursos -Promover a prática baseada na evidência -Proporcionar apoio aos enfermeiros mais novos -Atuar como elemento mentor dos enfermeiros mais novos

Discussão

Numa análise global dos resultados, constata-se que as intervenções dos enfermeiros na gestão clínica são diversas e abrangem aspetos que se ligam aos cuidados diretos ao doente, à redução de custos, satisfação do doente, ao aumento da segurança nos diversos

ambientes e consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Os enfermeiros gestores clínicos atuam em vários domínios da enfermagem, estabelecendo concomitantemente uma relação vital e unificadora entre a gestão e a prestação de cuidados, constituindo-se como facilitadores de processos, elementos de ligação entre equipas, coordenadores de cuidados e promotores da prática baseada na evidência (Reid & Dennison, 2011). Esta atuação reveste-se de fulcral importância, garantindo que as necessidades dos doentes e suas famílias não sejam apenas avaliadas, mas também transmitidas e comunicadas de forma consistente com todos os membros da equipa de saúde, para que os cuidados possam ser coordenados de forma mais eficiente, ajudando a que os doentes e famílias sejam encaminhados adequadamente entre ambientes no vasto sistema de saúde (Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011).

Porém, esta atuação no domínio da gestão clínica é muitas vezes “invisível” (Fulton et al., 2019), não existindo uma definição clara das intervenções que a compõem, tornando difícil definir a ação do enfermeiro. Por outro lado, o trabalho relacionado com a gestão do quotidiano é muitas vezes mais visível e claro. Por isso mesmo, a clarificação destas intervenções poderá ser útil para a definição de protocolos de atuação, para a preparação de relatórios de atividades ou mesmo para a avaliação dos níveis de competência dos profissionais (Fulton et al., 2019).

Após a análise dos estudos, verificou-se que existem várias intervenções de enfermagem no domínio da gestão clínica que se demonstram promotoras da qualidade dos cuidados. Por conseguinte, foi possível organizá-las tendo em conta diferentes pilares de atuação, apurando-se assim seis categorias: Gestão “*Self-agency*”, Gestão de Cuidados, Gestão da Prática Baseada na Evidência, Gestão de Recursos, Gestão do Risco e Gestão de Resultados (Figura 2).

A categoria da **Gestão “*Self-agency*”** refere-se à construção progressiva do profissional enquanto líder e gestor clínico (Fulton et al., 2019), que se realiza na aquisição de competências e desenvolvimento pessoal (aumento da auto-consciência e confiança, sentimentos de capacitação, gestão de tempo, desenvolvimento de habilidades de inteligência emocional e maior capacidade de aprendizagem). Assim sendo, a análise dos resultados leva-nos à denominação desta categoria, segundo o conceito “*Self-agency*”

destacado por Fulton et al (2019). A construção do “*self-agency*” realiza-se a partir da auto-reflexão por parte do profissional e emerge como fundamental para a capacidade dos enfermeiros desempenharem um papel eficiente no domínio da gestão clínica. Ainda no referido estudo, os participantes identificaram o enfermeiro gestor clínico como o profissional que toma a iniciativa, assume responsabilidades e é motor de mudança de comportamentos através da sua capacidade de influenciar e motivar a equipa (Fulton et al., 2019). Por conseguinte, as estratégias de liderança e a comunicação eficaz surgem como duas componentes fundamentais da construção do “*self-agency*”, sendo as intervenções no âmbito da liderança referenciadas em seis artigos (Fulton et al., 2019; Morrison, 2000; Nelson & Potter, 2020; Onishi & Kanda, 2010; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008) e no âmbito da comunicação em cinco (Bender, 2016; Fulton et al., 2019; Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Quando as estratégias de liderança são efetivas, os enfermeiros gestores clínicos estão capacitados para atuar promovendo a mudança nas instituições de saúde, partindo dos seus ambientes de prestação de cuidados, bem como para realizar uma adequada gestão das relações interpessoais, servindo de modelos para os membros da equipa (Bender, 2016; Morrison, 2000).

Importa referir que o enfermeiro gestor clínico se evidencia como um elemento representativo de um grupo para a equipa e como mentor para os enfermeiros mais novos, em que as suas intervenções devem ter como objetivo proporcionar suporte e motivação a ambos (Fulton et al., 2019; Stanley et al., 2008). Estas intervenções são enfatizadas nos artigos analisados, realçando que o enfermeiro deve facilitar a aprendizagem dos enfermeiros generalistas (Onishi & Kanda, 2010), orientar e treinar colegas em integração e alunos (Morrison, 2000) e coordenar e orientar os pares (Stanley et al., 2008). Esta premissa é impulsionadora da mudança contínua nas instituições e, conseqüentemente, da melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Morrison, 2000).

Quanto à comunicação eficaz, esta é amplamente mencionada nos artigos, revelando o seu carácter imprescindível na gestão clínica, explicitando que o enfermeiro realiza uma comunicação multidirecional tanto para com o doente e família, como dentro da equipa de enfermagem, como na equipa multidisciplinar. Para além disso, realiza uma comunicação abrangente, interligando o micro, meso e macrossistema de saúde em prol de uma prestação de cuidados individualizada e, conseqüentemente, da melhoria da qualidade (Audet et al.,

2021; Bender, 2016; Nelson & Potter, 2020; Onishi & Kanda, 2010; Reid & Dennison, 2011). A gestão clínica envolve não só a comunicação no microssistema clínico, mas deve também advogar pelos objetivos estratégicos, administrativos e da gestão das organizações como um todo (Bender, 2016; Fulton et al., 2019; Onishi & Kanda, 2010). Neste sentido, constitui-se como tarefa estratégica para a qualidade, devendo realizar-se nas equipas de forma contínua e construtiva (Bender, 2016; Fulton et al., 2019; Monterosso & Platt, 2016; Stanley et al., 2008).

Realça-se que o enfermeiro gestor clínico intervém através de estratégias de liderança e comunicação eficaz, aconselhando, mediando conflitos na equipa de enfermagem e incentivando-a à mudança a partir da análise de resultados dos cuidados (Bender, 2016; Monterosso & Platt, 2016). Destacam-se, portanto, as intervenções no que respeita à gestão da equipa de enfermagem e colaboração com outros profissionais de saúde, bem como a articulação com os órgãos institucionais, nomeadamente através da participação em reuniões clínicas (Fulton et al., 2019; Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011). No âmbito mais alargado do sistema de saúde, o enfermeiro gestor clínico está qualificado de forma única para liderar o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de várias iniciativas organizacionais.

O papel do enfermeiro no domínio da gestão clínica destaca-se impreterivelmente na categoria da **Gestão de Cuidados**, sendo destacadas intervenções em sete artigos, sendo estas no âmbito da gestão da prática clínica (Audet et al., 2021; Monterosso & Platt, 2016; Morrison, 2000; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008), da tomada de decisão (Bender, 2016; Reid & Dennison, 2011), do planeamento e execução dos cuidados (Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008), da supervisão (Nelson & Potter, 2020; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008) e da transição de cuidados (Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Por conseguinte, a gestão de cuidados engloba a coordenação e integração da prestação de cuidados e da gestão, por meio da prática da liderança e interação, comunicação e relações de cooperação do enfermeiro com a equipa de enfermagem, profissionais de saúde e doentes/famílias. A supervisão e orientação dos enfermeiros menos experientes é também parte integrante nesta gestão de cuidados (Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Quanto às intervenções referidas, estas demonstram o compromisso dos enfermeiros com a integralidade, a humanização e a interdisciplinaridade do cuidado, procurando atender às necessidades dos doentes e famílias e facilitar a comunicação entre profissionais de saúde. Os enfermeiros desempenham um papel de liderança na gestão dos cuidados, articulando as ações e recursos necessários para a assistência efetiva e eficiente, realizando uma avaliação e monitorização do doente e família e gerindo o atendimento dos mesmos nos diversos contextos de saúde. Através da comunicação, o enfermeiro desenvolve a relação terapêutica com o doente, família e outros cuidadores, o que origina sentimentos de confiança e compreensão (Stanley et al., 2008).

Tal como explicitado nos artigos analisados, o enfermeiro tem como intervenções desenhar, planear e implementar planos de cuidados individualizados e apropriados ao contexto dos doentes e famílias, trabalhando em equipa com outros profissionais de saúde (Morrison, 2000; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008). Esta interação interprofissional permite que o enfermeiro participe na elaboração de projetos terapêuticos individualizados e possibilita a integralidade dos cuidados.

Importa mencionar intervenções tais como: colaboração na prestação de cuidados ao doente e família, avaliação da condição física e psicossocial dos mesmos, gestão da farmacoterapia, gestão de sintomas, gestão e interpretação de exames laboratoriais; efetuando um planeamento, coordenação e gestão dos cuidados (Audet et al., 2021; Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008). Estas intervenções englobam também o planeamento dos cuidados, a continuidade dos mesmos, o atendimento multidisciplinar e a referenciação de doentes (Bender, 2016; Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Todo este processo envolve uma tomada de decisão clínica por parte do enfermeiro, através da sua experiência profissional, pensamento sistémico e conhecimento da situação e contexto de saúde (Bender, 2016; Reid & Dennison, 2011). Portanto, o enfermeiro intervém individualizando os cuidados, através do uso do seu juízo clínico e atuando como “advogado” do doente, adequando as necessidades do mesmo ao contexto em que está inserido e mobilizando os recursos necessários e ajustados às situações complexas que se lhe apresentam (Monterosso & Platt, 2016; Stanley et al., 2008). Desta forma, o envolvimento do enfermeiro gestor clínico é facilitador da transição entre ambientes de saúde, potenciando

a continuidade dos cuidados (Audet et al., 2021; Monterosso & Platt, 2016; Morrison, 2000; Nelson & Potter, 2020; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Quanto à categoria da **Gestão da prática baseada na evidência**, a importância da atuação do enfermeiro gestor clínico é ponto de concordância em todos os artigos, salientando-se a sua importância como pilar dos cuidados de qualidade. Foram referenciadas intervenções desta categoria em nove artigos, das quais se destacam a promoção e educação para a saúde (Audet et al., 2021; Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008), a promoção e implementação de prática baseada na evidência (Fulton et al., 2019; Morrison, 2000; Nelson & Potter, 2020; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008), o desenvolvimento profissional (Monterosso & Platt, 2016; Onishi & Kanda, 2010) e a consultoria em problemas complexos em enfermagem (Morrison, 2000).

Neste contexto, o enfermeiro deverá promover e implementar práticas com base na fundamentação teórica, atuando e intervindo através do seu conhecimento e experiência e tendo em consideração a vontade do doente (Fulton et al., 2019; Monterosso & Platt, 2016; Nelson & Potter, 2020; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Nesta lógica, as intervenções do enfermeiro devem incidir na identificação de temas ou problemas clínicos complexos passíveis de pesquisa e aplicação dos resultados desta última aos cuidados, impulsionando assim o desenvolvimento profissional da enfermagem (Monterosso & Platt, 2016; Morrison, 2000; Onishi & Kanda, 2010).

Após a análise dos estudos, constatou-se que promover a educação do doente e família é uma das intervenções mais frequentes nesta categoria (Audet et al., 2021; Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008), refletindo a importância de promover o autocuidado, a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações. Os enfermeiros intervêm como promotores da saúde, utilizando estratégias educativas e de comunicação adequadas às necessidades e características dos doentes e famílias, garantindo a continuidade e a integralidade dos cuidados, o que tem efeitos positivos na melhoria do atendimento e da prática clínica. Estas intervenções devem permitir a reflexão e a partilha de saberes sustentados em evidências, através do uso de ferramentas capazes de promover mudanças conscientes e sustentadas, promover comportamentos potenciadores de saúde e contribuir para a visibilidade e melhoria da efetividade e da

eficiência das intervenções de enfermagem (Nelson & Potter, 2020; Reid & Dennison, 2011).

A categoria da **Gestão de Recursos** refere-se à gestão de recursos humanos, ambientais e materiais, tendo sido referida em dois artigos (Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008). A maioria dos artigos analisados não relata intervenções nesta categoria, contudo, isso pode dever-se ao seu carácter mais frequentemente atribuído à gestão realizada por enfermeiro gestor de serviço. Porém, os enfermeiros gestores clínicos partilham decisões com os gestores de serviço, realizando uma articulação entre a gestão do serviço e a prática clínica, pois é através da prestação de cuidados que o enfermeiro adquire conhecimento de valor por forma a tomar as decisões adequadas aos recursos existentes, tanto humanos, como ambientais ou materiais. Estas decisões têm uma implicação direta na qualidade dos cuidados prestados (Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Quanto aos dois artigos supracitados, estes destacam a importância da gestão de recursos nos seguintes sectores: humanos, materiais e ambientais. Todavia, não foram apuradas intervenções mais específicas que explicitem a forma como esta gestão é realizada.

A literatura corrobora este papel do enfermeiro na colaboração em processos de gestão das unidades, aperfeiçoando e adequando os recursos disponíveis, como equipas, materiais e ambientes, no intuito de garantir maior aproveitamento e eficiência. Podem incluir-se intervenções como a colaboração no planeamento e organização das escalas de trabalho, distribuição de atividades, controlo de stock de materiais e medicamentos, entre outras (Nascimento et al., 2023).

Quanto à categoria de **Gestão do Risco**, esta remete-se à segurança do doente, sendo que, dos artigos analisados, dois referenciam intervenções no âmbito da avaliação e redução do risco (Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Os enfermeiros focam a sua atenção no desenvolvimento de práticas seguras, nomeadamente em aspetos como a prevenção de complicações, a administração terapêutica e a identificação dos riscos inerentes (Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008). Essas intervenções visam reduzir os danos evitáveis, promover uma cultura de segurança e

melhorar a qualidade dos cuidados, estabelecendo e cumprindo protocolos e diretrizes baseados na evidência.

No que concerne à **Gestão de Resultados**, esta apresenta-se referenciada em cinco artigos, sendo as intervenções no âmbito da identificação, avaliação, elaboração, divulgação e melhoria de resultados do cuidado/atendimento (Fulton et al., 2019; Morrison, 2000; Onishi & Kanda, 2010; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

Realça-se a importância do enfermeiro no que se refere à sua responsabilidade pela avaliação e melhoria dos resultados do atendimento, através da identificação e colheita de resultados do cuidado, bem como a elaboração e divulgação de relatórios sobre os mesmos (Fulton et al., 2019; Morrison, 2000; Onishi & Kanda, 2010; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008). Neste sentido, o enfermeiro adota estratégias de comunicação, de liderança e o seu conhecimento científico em prol da divulgação de resultados que levem a mudanças significativas nas instituições (Fulton et al., 2019).

O enfermeiro gestor clínico deve ter a capacidade de medir o impacto dos cuidados, bem como pensamento crítico e habilidade para a revisão dos resultados, além de ser capaz de ensinar e implementar mudanças e promover a prática baseada na evidência. Desta forma, é possível antecipar, avaliar e mitigar riscos, tendo sempre uma estratégia em vista, sendo ainda capazes de resolver problemas do sistema, envolver partes interessadas, e perceber que processos se devem alterar.

Assim sendo, os enfermeiros gestores clínicos estão capacitados para identificar os resultados clínicos, contribuindo para o aumento da segurança, da eficiência e da qualidade dos cuidados. Consequentemente, estão bem posicionados para exercerem uma liderança clínica eficaz tanto no micro, como no mesossistema (Bender, 2016; Fulton et al., 2019; Onishi & Kanda, 2010).

Em suma, o foco principal do enfermeiro gestor clínico prende-se com a maximização da qualidade dos cuidados, garantindo que estes são seguros e baseados na evidência. Para a persecução destes objetivos, o enfermeiro atua em todas as categorias explanadas, sendo por isso um trunfo inestimável para construir e manter ambientes de

prestação de cuidados de qualidade (Bender, 2016; Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011).

Limitações

Esta revisão foi realizada com artigos em três idiomas e texto com acesso integral livre, o que pode ter limitado o acesso a outros resultados. Importa destacar que não foi considerada literatura cinzenta.

Conclusões

Tendo em consideração a relevância das intervenções no domínio da gestão para a profissão de enfermagem, torna-se necessário enfatizar a importância do investimento na componente da gestão durante a formação dos enfermeiros, dotando os profissionais de ferramentas para o *self-agency*, o desenvolvimento de estratégias de liderança e de comunicação eficaz, impulsionando uma tomada de decisão fundamentada na evidência. Estas medidas poderão contribuir para a persecução do objetivo de fomentar a integração de enfermeiros com competências em gestão clínica nas organizações de saúde hospitalares.

Conclui-se que a gestão clínica promove a procura de resultados de excelência, a valorização e implementação de decisões criativas tomadas em equipa, o desenvolvimento da consciência de multidisciplinaridade e interdependência e a visão comum do interesse pelos objetivos dos serviços e das instituições de saúde. As intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica refletem-se na qualidade dos cuidados de saúde, sendo primordial prosseguir a investigação nesta área, nomeadamente na pesquisa sobre as intervenções das categorias apuradas nestes artigos a fim de uma maior definição da ação do enfermeiro no âmbito da gestão clínica, adequando à realidade do país.

II. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO REALIZADO

No decorrer deste capítulo é apresentada a descrição, assim como a análise crítica e reflexiva das atividades e intervenções realizadas no decurso dos estágios, que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este capítulo abarca dois subcapítulos que remontam aos contextos de estágio. Estes concederam-me a possibilidade de conhecer a abordagem realizada à pessoa em situação crítica em ambientes diferenciados, permitindo uma reflexão fundamental no meu percurso profissional.

Nos últimos 16 anos, o meu percurso profissional como enfermeira, maioritariamente na área da Gastreenterologia e Hepatologia, nomeadamente em internamento e hospital de dia, possibilitou-me perceber que o doente crítico pode ser encontrado em diferentes cenários, exigindo por parte do enfermeiro uma atualização constante de conhecimentos científicos. A minha experiência profissional tanto no Internamento de Gastreenterologia como no Hospital de Dia permitiu o desenvolvimento de diversas competências que possibilitaram a creditação do estágio de Vigilância e Decisão Clínica no segundo semestre do mestrado. Nestes contextos, realizo diversas atividades inerentes à prestação de cuidados de enfermagem a pessoas doentes, em situação crónica, mas também aguda e/ou crítica, com diversas necessidades e patologias.

O alvo dos cuidados prestados é a pessoa e sua família que necessita de terapêutica intra-hospitalar e vigilâncias inerentes à mesma, bem como cuidados de enfermagem tendo em vista a promoção e manutenção da saúde e a adesão terapêutica. Por conseguinte, realizo atividades de prestação de cuidados, elaborando diagnósticos de enfermagem e participando na decisão clínica e terapêutica conjuntamente com a equipa multidisciplinar. Realizo consultas de enfermagem, encaminhamento a outros profissionais, administração de

terapêutica complexa (nomeadamente terapêutica biológica, citotóxica, imunossupressora, entre outras), colaboração em procedimentos médicos e vigilância após a realização dos mesmos. Estas atividades são alicerce do meu perfil como enfermeira e foram propulsoras deste percurso, na procura por aprofundar competências ao nível da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais e da responsabilidade profissional, ética e legal. Destaco ainda a função de elemento de ligação do grupo hospitalar do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos com o serviço há vários anos, o que me permitiu adquirir competências diferenciadas no âmbito da prevenção e controlo da infeção, área na qual pude ainda cimentar conhecimentos durante a realização dos estágios. Desde o início desta função no serviço, frequentei formações intra-hospitalares sobre diversos temas desta área, incluindo formação de e para enfermeiros e formação de assistentes operacionais, realizo auditorias e colaboro na mudança e melhoria de processos e práticas nos diversos serviços do hospital.

Importa ainda referir que assumo o papel de chefe de equipa no serviço, em colaboração com a enfermeira gestora, aliando a gestão à prática dos cuidados. Atendendo ao facto de perceber empiricamente a importância deste papel e sentindo que a sua associação traz frutos que se evidenciam nas equipas e, conseqüentemente, na prestação de cuidados holísticos aos doentes, o tema da primeira revisão de literatura sobre a gestão clínica realizada neste percurso emergiu inevitavelmente. Partindo desta necessidade e acompanhada pelo meu interesse pela área de investigação como contributo para a profissão de enfermagem através da divulgação de conhecimento científico, concretiza-se a aludida revisão de literatura.

No que concerne às competências descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, relatarei seguidamente as adquiridas ao longo deste percurso. As competências referentes à minha experiência profissional constituíram a base da aquisição de novas competências adquiridas no percurso do mestrado.

Somando ao referido anteriormente, realço que, no domínio dos princípios éticos e da deontologia profissional, considero que estes fundamentam a minha prática profissional, na medida em que zelo pelos princípios bioéticos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, valorizando a pessoa e respeitando as suas crenças e valores, capacitando-a para a autonomia e atendendo às suas necessidades; bem como atuando com responsabilidade profissional e deontológica. No âmbito da melhoria contínua da qualidade,

procuro liderar e desenvolver projetos no serviço, alguns já implementados como protocolos de consulta de enfermagem no serviço e melhoria de processos (nomeadamente liderei no último ano a mudança do método individual de trabalho usado no serviço para o método por enfermeiro responsável). Destaco ainda o meu papel de chefe de equipa, em que coopero com a enfermeira gestora do serviço, dinamizando e contribuindo para o desenvolvimento de iniciativas estratégicas da instituição. Ainda neste domínio, destaco a supervisão de estudantes de enfermagem e a integração de novos elementos no serviço, área que sempre foi muito motivadora para mim, e que realizo frequentemente. No domínio da gestão de cuidados, participo habitualmente nas reuniões multidisciplinares da Doença Inflamatória Intestinal no hospital, efetuo encaminhamento da pessoa nos vários ambientes hospitalares, oriento e supervisiono atividades no serviço como chefe de equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações, com vista à garantia da qualidade. Por fim, no domínio do desenvolvimento e das aprendizagens profissionais, prezo pela formação constante e procura de evidências científicas mais atuais, no sentido de melhorar práticas no local de trabalho e ser promotora de mudança. Considero a formação contínua um pilar fundamental para cada enfermeiro, refletindo-se na qualidade dos serviços prestados, pelo que procuro realizar uma atualização contínua de saberes.

2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA

A seleção deste contexto de estágio prendeu-se com o facto de ser um serviço no qual nunca exerci funções durante o meu percurso profissional, sentindo por isso que esta experiência iria cimentar os meus conhecimentos científicos nesta área e acrescentar valor aos cuidados que presto diariamente. Se por um lado, este contexto me despertava curiosidade e interesse, por outro, entende-se que os serviços de urgência podem ser lugares muito impessoais e angustiantes, onde muitas vezes há falta de profissionais ou de outros recursos, o que dificulta o atendimento da pessoa de forma holística.

Na medida em que exerço funções num serviço de um hospital público, onde muitas vezes é necessária uma gestão de tempo e recursos estreita e ponderada, devido às diversas condicionantes e contingências atuais do serviço nacional de saúde, senti que seria útil conhecer a realidade de um hospital privado, onde eventualmente existissem condições de atuação diferentes. Pretendia conhecer ferramentas técnicas diferentes e dinâmicas em que

pudesse ter uma gestão de tempo que permitisse primar pela humanização de cuidados em contexto de situação crítica.

A opção por este campo de estágio evidenciou-se uma surpresa muito positiva e desafiante, pela diversidade de situações existentes, equipamentos e dinâmicas. Considero que este me permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos científicos, vivenciar situações complexas no âmbito da pessoa em situação crítica e sua família e refletir sobre os cuidados prestados. Todavia, o modelo biomédico ainda é uma realidade presente no serviço de urgência, sendo que a profissão de enfermagem tem ainda um caminho muito importante a percorrer, começando em cada um de nós, enfermeiros especialistas.

Não obstante, foi deveras interessante para mim conhecer a realidade de uma instituição de saúde privada, onde se privilegia a privacidade da pessoa e família, possibilitando prestar cuidados especializados e holísticos num contexto de urgência, em que a pessoa se encontra numa situação aguda de doença e está exposta a uma acrescida vulnerabilidade e complexidade. Assente nos pressupostos da análise conceitual de Meleis e colaboradores (2000), este é um processo de transição saúde-doença, constituindo-se como momento de fragilidade e vulnerabilidade, o que ressalta o papel fundamental do enfermeiro na resposta às necessidades da pessoa que vive a transição.

Neste sentido, importa contextualizar o estágio em serviço de urgência, tendo este decorrido de 4 de setembro a 23 de outubro de 2023, totalizando 180 horas de contacto e realizando-se num hospital privado, em Lisboa. Este é um serviço que presta atendimento médico e cirúrgico a adultos em situações agudas, graves, urgentes e emergentes. A visão do serviço prima pelo atendimento humanizado, pela qualidade e pela segurança dos cuidados prestados aos doentes e às suas famílias. Insere-se numa instituição de saúde acreditada pela *Joint Commission International* (1994), segundo critérios rigorosos de qualidade e segurança. Funciona diariamente, 24 horas por dia, e conta com uma equipa de profissionais qualificados e experientes. Para além disso, é um serviço dotado de equipamento diferenciado e tecnológico avançado, dispondo de vários espaços físicos: sala de reanimação cardiorrespiratória, salas de tratamentos, gessos e pequenas cirurgias, 2 gabinetes de triagem, gabinetes médicos, salas de observação individualizadas e Serviço de Observação (com 10 quartos individualizados). É utilizado o protocolo de *Manchester* para a triagem de doentes, que permite classificar os casos por ordem de prioridade, instrumento através do qual adquiri competências técnicas, mas que sobretudo me fez perceber a

importância da percepção do enfermeiro acerca das situações com que se depara. Na minha perspectiva, o cuidado holístico deveria começar desde este momento, não olhando apenas à sintomatologia (a qual obviamente não pode ser descurada), mas também aos diagnósticos de enfermagem que são reveladores de muitas outras necessidades humanas que poderão não estar tão perceptíveis de imediato.

Quanto à equipa de enfermagem, deparei-me com uma equipa dinâmica e motivada para a excelência dos cuidados prestados, focada na qualidade e na segurança das pessoas que recorrem ao serviço. Esta é constituída por 39 enfermeiros, sendo eles a enfermeira gestora, a enfermeira responsável de serviço, os enfermeiros responsáveis de equipa e restante equipa de enfermeiros. Integram a equipa quatro enfermeiros especialistas: dois deles com Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, um Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e um Especialista em Reabilitação.

No que diz respeito às ações realizadas pelos enfermeiros neste contexto, pude verificar que estes são os profissionais responsáveis pelo primeiro contato com a pessoa doente e sua família, realizando recolha de dados de forma sistematizada, realizando diagnósticos de enfermagem e agilizando processos que possibilitam o diagnóstico médico e as terapêuticas instituídas. Desta forma, o conhecimento científico do enfermeiro é de extrema importância, sendo que possibilita uma identificação rápida das necessidades da pessoa, na sua situação atual de doença. Identifica e tria os sinais e sintomas no atendimento inicial, contribuindo para o célere diagnóstico da situação clínica. Mais se acrescenta que este serviço de urgência é um serviço polivalente, que recebe pessoas com uma panóplia de patologias que requerem uma intervenção especializada, pelo que os seus profissionais necessitam de ter competências éticas, humanas, científicas e técnicas que possibilitem uma prestação de cuidados de qualidade.

Na primeira semana de estágio, realizei um conjunto de formações iniciais *Onboarding* (ANEXO I), sob o formato *e-learning*, que a instituição propõe aos seus profissionais e aos estudantes em estágio, com o objetivo de facilitar a integração dos mesmos. Estas formações incluíram as temáticas de “Saúde e segurança no trabalho”, “Qualidade e segurança do doente”, “Cultura de Segurança e Notificação de incidentes”, “Controlo da infeção hospitalar”, “Separação de resíduos e boas práticas ambientais”, “Sensibilização em segurança contra incêndios” e “Sistemas de Informação e segurança informática”. Esta foi uma proposta muito interessante, que permitiu uma contextualização

da instituição e do campo de estágio, bem como iniciou de forma muito interativa o processo de aquisição de competências especializadas.

Segundo o Anexo II do Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018), pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. A pessoa alvo de cuidados no serviço de urgência apresenta uma situação clínica de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, compromisso de uma ou mais funções vitais, estando por isso sujeita a um estado de stress fisiológico, que se traduz por alterações metabólicas que implicam um aumento das necessidades energéticas e proteicas. Por conseguinte, encontra-se em situação de vulnerabilidade, stress emocional e angústia pela situação de doença. Neste contexto, pode também apresentar necessidades nutricionais acrescidas ou nutrição por via oral comprometida e/ou défice nutricional.

No serviço de urgência, pretende-se que os enfermeiros forneçam cuidados de qualidade, centrados na pessoa e família, nomeadamente no âmbito da administração de nutrição entérica. Para isso, torna-se necessário definir protocolos de administração, garantir a segurança da pessoa em situação crítica e sua família e monitorizar a resposta dos mesmos à terapia nutricional.

A desnutrição em contexto hospitalar é uma preocupação mundial, levando ao aumento da morbilidade, das taxas de infeção, de ocorrência de úlceras de pressão, do tempo de internamento e dos reinternamentos (Therrier et al., 2020). A identificação do risco nutricional deve ser efetuada a todos os doentes internados, independentemente do diagnóstico clínico, nas primeiras 48 horas de internamento, com reavaliação a cada 7 dias de internamento. Segundo a Norma organizacional 017/2020 da Direção Geral da Saúde, deve ser utilizado o instrumento constante no Anexo I, o *Nutritional Risk Score*, para identificação do risco nutricional (2020). Pude constatar que este questionário é realizado na admissão dos doentes, realizado pela equipa de nutricionistas.

Os benefícios da nutrição entérica são amplamente reconhecidos, devendo ser promotores de qualidade de vida e conforto (Castro et al., 2017; Mayers et al., 2019), pelo que a sua utilização acarreta cuidados de enfermagem especializados.

Neste sentido, optei por construir o meu projeto de estágio à luz do quadro conceptual da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e de Patrícia Pontífice Sousa, ciente de que o

conforto é uma necessidade fundamental de todos os seres humanos, no qual a relação enfermeiro-doente tem papel principal.

Tendo em consideração o supracitado, desenvolvi o projeto de aprendizagem deste estágio delineando um objetivo geral e dois específicos, bem como os indicadores de processo e indicadores de resultado correspondentes a cada um destes últimos, com foco no desenvolvimento de competências no cuidado especializado. Como objetivo geral, procurei **desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de urgência.** Quanto aos objetivos específicos, procurei **desenvolver competências no cuidado especializado e holístico à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência e contribuir para a melhoria dos cuidados confortadores à pessoa em situação crítica relacionados com a satisfação das necessidades de nutrição entérica.**

Contextualizando, desenvolvi o meu percurso profissional na área da Gastrenterologia nos últimos anos, tendo vindo a trabalhar vários temas desta área, entre eles as necessidades nutricionais. Tendo isto em consideração, no decorrer das primeiras duas semanas de estágio, realizei entrevista informal com o enfermeiro orientador e a enfermeira responsável do serviço, tendo sido identificada a necessidade de maior formação dos enfermeiros sobre cuidados de enfermagem inerentes à administração e vigilância no âmbito da nutrição entérica. Optei então por aliar a minha experiência profissional na área da Gastroenterologia à necessidade do serviço que me foi apresentada, o que me levou a aprofundar os conhecimentos nesta área da pessoa em situação crítica e suas necessidades particulares de nutrição, bem como trouxe benefícios para o serviço de urgência.

A par desta necessidade, e sentindo eu própria o impulso de contribuir para a priorização do conforto num serviço em que os cuidados são muitas vezes focados no modelo biomédico, tornou-se pertinente realizar uma pesquisa aprofundada sobre o tema, o que naturalmente resultou na realização de mais uma revisão de literatura neste percurso académico, intitulada “A influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente: revisão *scoping*” (Apêndice I). Este estudo foi realizado em colaboração com a mestrandia Vera Magalhães, sob orientação das Professoras Doutoradas Patrícia Pontífice Sousa e Susana Miguel.

Importa referir que o processo de conforto é revestido de um carácter intencional. Neste sentido, constrói-se mediante ações e intenções dos enfermeiros dirigidas ao doente e

às suas necessidades, onde se destaca a atenção ao cuidado diário - «as pequenas coisas» - e a atitude pessoal de quem presta os cuidados: o reconhecimento do doente, o respeito, a sensibilidade, o compromisso, a preocupação, o conhecimento, a proximidade física e afetiva, a comunicação, o toque e o humor (Ribeiro & Costa, 2012). Estes princípios que desde há muito estão implícitos na minha prática profissional, tomaram um novo sentido para mim no contexto do conforto, demonstrando que este propósito de proporcionar bem-estar ao outro é intencional e deve ser trabalhado nos diversos ambientes de saúde, nomeadamente no caso da pessoa em situação crítica. De acordo com Sousa (2020), o conforto é parte integrante do processo de cuidados e é a dimensão mais importante do mesmo, o que demonstra a importância de prestar cuidados confortadores em qualquer que seja o ambiente de saúde.

Mesmo numa situação de urgência, e não descurando os cuidados imediatos que devem ser prestados para assegurar a segurança da pessoa doente, pude tomar consciência de que os enfermeiros têm um papel fulcral na promoção de cuidados confortadores, sendo o contexto de urgência um local onde pode ser mais difícil de os realizar, mas onde a necessidade do mesmo é emergente. Isto porque, tal como referem Gonçalves Martins e colaboradores (2022), o conforto acontece através de um cuidado considerado como confortador por meio de um processo que resulta da interação entre enfermeiro/doente, caracterizado pelo elevado grau de complexidade, resultante da singularidade da pessoa e da competência e características de quem promove o conforto.

Por conseguinte, considero que a realização desta revisão de literatura foi fulcral na aquisição de competências de mestre e de especialista. Realça-se também a participação no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, com o poster intitulado: “A influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente: protocolo de revisão *scoping*” (Apêndice II). A partir da investigação realizada e da divulgação de resultados, com a realização de um poster e a publicação do artigo científico da mesma revisão, adquiri competências de mestre que me proporcionaram um novo olhar sobre a área da investigação.

Por sua vez, a realização de uma sessão de formação no serviço de urgência como preleitora, com o tema: “Nutrição entérica e a pessoa em situação crítica” (Apêndice III), proporcionou a partilha de conhecimentos e a troca de experiências em equipa, permitindo que adquirisse competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio

das aprendizagens profissionais. Na formação em serviço referida estiveram presentes vários enfermeiros, que partilharam dúvidas e experiências. Todos relataram a importância de abordar o tema da nutrição entérica, na medida em que é uma área na qual têm pouca experiência. Referiram que as dúvidas surgem muitas vezes quando as pessoas ficam internadas no Serviço de Observação. Na realidade, o enfermeiro orientador partilhou comigo esta necessidade numa situação em que foi necessário iniciarmos nutrição entérica a um doente internado no Serviço de Observação.

Com o intuito de facilitar as práticas no serviço, elaborei a partir da pesquisa efetuada um protocolo de administração de nutrição entérica, que foi discutido no final da formação. Proporcionei um momento em que os enfermeiros puderam dar as suas contribuições para a otimização do mesmo e a sua adequação ao contexto e, por fim, o resultado final foi disponibilizado ao serviço. Todos consideraram a iniciativa muito útil para este contexto, podendo assim ser consultado pela equipa multidisciplinar sempre que necessário. Considero que esta iniciativa se revelou frutífera em vários domínios, nomeadamente ao nível das **aprendizagens profissionais**, provendo liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, ao nível da **melhoria da qualidade**, concebendo e colaborando em programas de melhoria contínua, ao nível da **gestão de cuidados**, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar.

Para além do referido anteriormente, as aprendizagens adquiridas neste campo de estágio evidenciaram-se nos vários domínios das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, justapondo-se às competências de mestre já mencionadas. Foram várias as oportunidades em que foi necessário lidar com situações de emergências, muitas vezes envolvendo risco de vida e stresse elevado, o que me permitiu consolidar conhecimentos teóricos e aplicar aprendizagens na prática, contribuindo para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista.

Ao iniciar este estágio, preocupei-me primeiramente em conhecer a dinâmica e funcionamento do serviço, estrutura física, equipamentos, normas e protocolos, pesquisa sobre fármacos e procedimentos com os quais não estava familiarizada. O enfermeiro orientador teve um papel meritório no decorrer do estágio, comprovando a importância de uma boa supervisão clínica, realizada por enfermeiro mestre e especialista nesta área, promovendo sempre a minha autonomia e a aquisição de competências, procurando

conjuntamente oportunidades de aprendizagem, o que me fez sentir confiança na minha prática e curiosidade por aprender mais. Como tal, adotei sempre uma postura participativa e interessada, em colaboração com o enfermeiro orientador e a equipa de enfermagem, respeitando os limites da minha atuação. Considero que a minha postura e experiência profissional, mesmo sendo numa área diferente, constituíram fatores facilitadores da minha integração na equipa e da minha aprendizagem.

Uma das situações mais marcantes que vivenciei neste estágio foi quando recorreu à urgência um doente de 60 anos, com queixas de epigastralgias intensas desde há 12 horas. À chegada, apresentava-se consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa, contudo, ansioso pela sua situação clínica. Hemodinamicamente, hipertenso, taquicárdico e com descida da saturação periférica. Foi realizada triagem de Manchester, tendo sido atribuída pulseira laranja, após ser percorrido o algoritmo da “dor torácica” para avaliar o risco cardiovascular. O *Manchester Triage System* é um instrumento de gestão de risco clínico utilizado por profissionais de saúde em todo o mundo para permitir gerir com segurança o fluxo de pessoas doentes (*MTS Overview, 2021*). Este é um instrumento com o qual tive oportunidade de contactar, aprender e refletir em conjunto com o enfermeiro orientador, pelo que considero que conduziu a uma importantíssima aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal em contexto da pessoa em situação crítica e sua família.

Neste momento, a experiência profissional em combinação com as várias aprendizagens realizadas ao longo do mestrado, evidenciaram-se de fulcral importância, sendo que segundo a minha experiência na área da Gastreenterologia suspeitamos sempre quando existem queixas de “epigastralgias” por parte do doente. A sintomatologia apresentada (nomeadamente as epigastralgias intensas) é comumente confundida com problemas gástricos. Contudo, muitas vezes é um indicador forte da possibilidade de enfarte agudo do miocárdio, sendo esta uma condição grave que requer intervenção rápida e adequada. Segundo Byrne et al. (2023), os sintomas equivalentes à dor torácica incluem dispneia, dor epigástrica e dor no braço esquerdo ou direito ou pescoço/mandíbula, muitas vezes semelhantes às epigastralgias. Considero que esta situação consolidou as competências por mim adquiridas também no âmbito do juízo baseado no conhecimento e experiência, tendo-se refletido na tomada de decisão no momento da triagem e também nas posteriores decisões tomadas em equipa. Remetendo-me às competências específicas do

enfermeiro especialista (2018), prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Seguidamente, o doente foi transportado para a sala de reanimação do serviço, devido à sua instabilidade hemodinâmica, para vigilância contínua dos profissionais. Tive a oportunidade de ficar responsável pelo doente, acompanhada pelo enfermeiro orientador, desde o primeiro contacto na triagem até ao encaminhamento do mesmo à unidade de Hemodinâmica, como mais tarde se iria verificar.

Foram prestados cuidados imediatos, tendo sido necessário realizar vários procedimentos como punção periférica, colheita de sangue para análises, oxigenoterapia, electrocardiograma, entre outros. O doente foi diagnosticado com Enfarte Agudo do Miocárdio. Por tudo o referido, apresentava-se muito ansioso com o diagnóstico, o que poderia agravar ainda mais a sua situação clínica, pelo que foram adotadas medidas farmacológicas (administração de analgesia e relaxante muscular) e não farmacológicas, na medida em que usei estratégias de comunicação terapêutica, escuta ativa e presença plena, por forma a diminuir a ansiedade e a promover o conforto.

Um aspeto que considero de extrema importância e o qual me esforcei por cumprir durante o estágio, sempre com o aval do enfermeiro orientador, foi garantir a presença do familiar de referência da pessoa doente em todos os momentos em que isso era possível, pois é algo que já está há muito implícito no meu contexto profissional de doença crónica, mas que verifiquei durante o estágio ser vital no contexto da doença crítica. Assim, chamei a esposa do doente para que o pudesse acompanhar e confortar. Um estudo qualitativo exploratório descritivo de Matos (2019), que teve objetivo conhecer a perspetiva dos enfermeiros e da família relativamente à presença junto do doente num contexto de serviço de urgência em Portugal, concluiu que esta traz benefícios para o doente, nomeadamente sentir-se acompanhado, melhorar a situação clínica, favorecer adesão terapêutica, diminuir a ansiedade, acalmar o doente, dar apoio emocional, sentir-se amparado, sentir-se feliz e proporcionar conforto. Considero que estas reflexões e decisões constituíram aprendizagens muito relevantes, nas quais tentei promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, bem como reuni esforços com vista à manutenção de um ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e bem-estar de quem cuidamos, tal como descrito no Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista (2019). Relembro também esta

situação como tendo sido promotora da aquisição de várias competências específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, salientando que me permitiu identificar e responder ao foco de instabilidade hemodinâmica, realizar gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa otimizando as respostas e gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e esposa face à situação de alta complexidade do estado de saúde da pessoa doente.

Mesmo numa situação de urgência, e não descurando os cuidados imediatos que devem ser prestados para assegurar a segurança do doente, considero que os enfermeiros têm um papel fulcral na promoção de cuidados confortadores, pois tal como destacado por Sousa (2020), o cuidado de enfermagem reflete-se na autorrealização da díade enfermeiro/pessoa cuidada, manifestando-se pela preocupação, pela liberdade de escolha, pelo profundo respeito pela vida humana e pela importância da relação intersubjetiva e interpessoal enfermeiro/pessoa, com o objetivo de ajudar o outro a crescer, a ser pessoa e a autorrealizar-se, ou seja, o cuidado confortador acontece quando o enfermeiro vê a pessoa de forma holística, com tudo o que a faz ser pessoa e não cingindo-se aos aspetos visíveis da doença.

Porém, considero que no contexto de urgência nem sempre se conseguem prestar cuidados confortadores em todas as suas dimensões, sendo isto devido a diversos fatores implícitos ao contexto particular do atendimento a situações emergentes, que requerem da parte das equipas profissionais uma resposta rápida e eficaz. Tal como Gomes e colaboradores (2023) apuraram, os serviços de urgência trabalham numa área de atuação predominantemente interdependente, centrada na prescrição médica de fármacos e colheita de amostras biológicas. Estes resultados vão ao encontro do método de organização que parece reger os cuidados no serviço de urgência, muito centrado no modelo biomédico. No entanto, pude ver que os enfermeiros deste serviço de urgência realizam um esforço acrescido para prestar cuidados individualizados, protegendo os princípios éticos da profissão e assegurando cuidados individualizados. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro atua considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, o que me esforcei por colocar em prática durante o estágio nas diversas situações com que me deparei.

Para além disso, a equipa de enfermagem deve estar preparada e treinada, atuando baseada em evidências científicas, para que quando estes doentes chegam ao serviço de urgência, sejam atendidos rápida e adequadamente. O tempo é muito importante, pois quanto mais tempo decorre, mais o músculo cardíaco é lesado. Para melhorar o prognóstico, este atendimento deve ser instantâneo (Bolzan & Pompermaier, 2020). Neste âmbito, senti que, tanto eu como toda a equipa, atuámos com competência e profissionalismo, de forma ágil e assertiva. Considero que esta situação permitiu mobilizar e adquirir inúmeras competências de especialista neste estágio, nomeadamente na realização de cuidados técnicos de alta complexidade e cuidando da pessoa e família, ajudando-a a vivenciar processos complexos de doença crítica (2018).

Esta é uma situação grave, geradora de grande ansiedade para o doente e família, mas também indutora de stress para os profissionais, dado o seu cariz instável. Apesar de consciente das minhas competências profissionais, este estágio fomentou uma nova abordagem na minha prática, no sentido de gerir as intervenções imediatas e indispensáveis à vida simultaneamente às intervenções de comunicação terapêutica, esperança e conforto. Pude perceber a importância dos momentos de silêncio e de escuta das preocupações da pessoa, como forma de a confortar apenas ouvindo. No estudo realizado por Krinsky e colaboradores (2014), que visou analisar a aplicação prática da teoria de conforto de Kolcaba em doentes cardíacos, a intervenção específica do "tempo de silêncio" foi descrita pelo seu potencial uso nestes doentes como uma medida que aborda os quatro contextos de conforto de Kolcaba: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Considero que esta situação consolidou, indubitavelmente, o desenvolvimento do meu autoconhecimento e assertividade.

Analisando a situação vivenciada, considero que as minhas ações foram realizadas no sentido de responder, primeiramente, às situações que necessitavam de intervenção imediata, como é o caso da dor aguda, e numa fase seguinte, responder da melhor forma às necessidades do doente e família nas várias dimensões de conforto.

À luz da Teoria do Conforto de Kolcaba (1994) e Patrícia Pontífice Sousa (2020), podemos prestar cuidados holísticos, intervindo nas várias dimensões do cuidado confortador. Um estudo descreveu as solicitações de conforto dos doentes atendidos nos serviços de urgência e emergência e suas implicações para a prestação de cuidados de enfermagem, concluindo que a dor foi o principal desconforto abordado, considerando a

dimensão física (Ponte et al., 2019). Desta forma, considerei imprescindível colmatar esta necessidade de conforto físico imediata para depois atuar noutras dimensões que, em última instância, se complementam.

A nível ambiental, adotei medidas de conforto e segurança, nomeadamente diminuição do ruído ambiente, minimizando alarmes (colocando-os em modo de privacidade) e diminuindo as luzes do quarto, proporcionando um ambiente social e físico mais confortador.

A nível do conforto psicoespiritual, realizei interações de apoio que promovessem a sensação de calma, nomeadamente proporcionar momentos para o doente expor as suas incertezas e ansiedades. Considero que a oportunidade de trabalhar neste sentido ocorreu no Serviço de Observação, pois o ambiente era mais calmo e o doente já estava mais estável.

A nível do conforto sociocultural, ao proporcionar o “tempo de silêncio”, ofereci uma oportunidade para avaliar aspetos interpessoais e culturais. Nesta altura, aproveitei para conversar com o doente e a esposa, respeitando as suas necessidades e apoiando emocionalmente.

As intervenções de enfermagem referidas anteriormente encaixam-se no âmbito das necessidades de conforto da taxonomia de Kolcaba para doentes cardíacos, tal como descreve Krinsky et al. (2014). De salientar que ao realizar estas intervenções no âmbito dos cuidados confortadores, considero que fui ao encontro dos objetivos por mim delineados para este estágio, bem como da aquisição de competências na melhoria contínua da qualidade, da responsabilidade profissional, ética e legal e das aprendizagens profissionais.

Foi necessário transportar o doente para o serviço de Hemodinâmica para realização de cateterismo, tendo sido necessário realizar transporte intra-hospitalar bem como a prévia preparação do mesmo. Tive a oportunidade de assistir a todo o procedimento no serviço de Hemodinâmica, o que me permitiu conhecer o circuito realizado nestas situações. A técnica usada foi o cateterismo cardíaco através da artéria radial direita, que é considerada uma abordagem mais segura e menos invasiva do que a artéria femoral. A via radial tem algumas vantagens em relação à transfemoral, que usa a artéria femoral da virilha. De acordo com Salimi e colaboradores (2019), a via transradial pode reduzir o risco de hemorragia, complicações vasculares e o tempo de recuperação. Numa perspetiva de conforto, e segundo os mesmos autores, a via transradial pode ser mais confortável para o doente, que pode ficar sentado logo após o procedimento.

Todavia, o serviço de urgência não recebe apenas pessoas em situação crítica, sendo muitas vezes porta de entrada de pessoas com doença crónica descompensada, pessoas em cuidados paliativos, entre outras. Desta forma, considero pertinente incidir a minha atenção numa situação de um doente oncológico, seguido em cuidados paliativos, e que deu entrada no serviço de urgência. Opto por explicar esta situação da área da pessoa em situação crítica, talvez aparentemente pouco provável quando pensamos no contexto de urgência, pois este é um serviço que acaba por realizar um primeiro contacto com estes doentes, muitas vezes diagnosticando estas situações ou acompanhando-as ao longo das suas agudizações decorrentes de tratamentos como cirurgias ou quimioterapia. Embora os serviços de urgência sejam tradicionalmente vistos como primeiros socorristas em emergências traumáticas e médicas, o foco da prática do serviço médico de emergência evoluiu para responder às novas necessidades das comunidades, incluindo uma demanda crescente por cuidados paliativos baseados na comunidade (Juhrmann et al., 2023).

Relembro a admissão do Sr. C.M., género masculino, de 48 anos de idade, com diagnóstico conhecido há 1 ano de adenocarcinoma do cólon com metástases hepáticas. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento de astenia e da icterícia nos últimos 2 dias e dor atual de grau 5 no flanco direito. Seguido em Cuidados Paliativos deste hospital desde o diagnóstico oncológico. Apresentava-se debilitado, em estado de caquexia, com icterícia e prurido generalizados, fadiga marcada, alternando períodos de obstipação com diarreia e apresentando alterações significativas nos exames de função hepática. A esposa estava presente e visivelmente angustiada com a condição do marido.

Ao ver a esposa chorosa pela gravidade da situação, senti uma profunda empatia pelo doente e a sua família. No decurso do mestrado, adquiri conhecimentos imprescindíveis na área da enfermagem em fim de vida, que me foram de extrema utilidade neste contexto. Esta família evidenciava exaustão física e emocional. O fâcies do doente espelhava desânimo e o da esposa desespero. De facto, a vulnerabilidade é uma condição da pessoa humana, sendo que o doente crítico experiencia esta vulnerabilidade através de inúmeros fatores anteriormente descritos, como a dependência total de terceiros, com perda de controlo sobre o próprio corpo, a experiência limite das funções corporais e a sensação de risco de vida.

Entre muitas outras aprendizagens durante o mestrado, há uma que reformulou verdadeiramente a minha visão do cuidar – o modelo OPT (*Outcome Present State Test*) proposto por Pesut & Herman (1998). Este despertou-me para o facto de que nem sempre

pensamos imediatamente em diagnósticos de enfermagem. Os autores referidos propuseram um modelo de terceira geração que ressalta a importância das habilidades críticas, metacognitivas e de pensamento que apoiam a especificação e o teste de resultados no raciocínio clínico do enfermeiro (Pesut & Herman, 1998). Neste prisma, percebi o que necessitava da minha atenção precoce – dor atual e desconforto físico (fadiga, prurido, alterações do trânsito intestinal) e desconforto emocional (angústia, desesperança). Iniciei a avaliação do doente focando-me primeiramente na dor. O doente referiu dor grau 5, sendo visível o seu desconforto. Numa célere colaboração entre a equipa médica e a de enfermagem, foi decidida intervenção com analgesia endovenosa.

Debrucei-me sobre a importância do acolhimento, pois considero ser um momento crucial para o sucesso da relação que se estabelece com o doente e família. Seguidamente, foi colocado em repouso em maca numa sala do serviço de urgência, sempre acompanhado pela esposa, tendo sido resguardada a sua privacidade o mais possível neste contexto, sob vigilância da equipa multidisciplinar. Não é fácil criar as condições ideais para um doente e família num serviço de urgência, mesmo sendo numa instituição privada em que os meios materiais e condições físicas habitualmente não são tão escassos como numa instituição pública. Não obstante, considero que tentei criar as melhores condições possíveis, assegurando tanto a vigilância da situação como o conforto da mesma.

Apresentei-me ao doente e esposa e questionei se poderia puncionar o cateter central implantado para administração de analgesia. Renitente, o doente pediu que não puncionasse o cateter, mas sim uma veia periférica. Apesar de poder parecer um pedido controverso, pois provoca habitualmente mais dor, respeitei a decisão do doente. Ao conversar com doente e esposa, fui percebendo que os ciclos de quimioterapia foram bastante difíceis, muito sintomáticos. O doente acabou por dizer que o cateter lhe lembrava a quimioterapia e as dificuldades que passou. Por outro lado, tinha muito medo de que o cateter ficasse inutilizado e não pudesse fazer quimioterapia por essa via. Esta situação permitiu que assistisse a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, através da gestão do medo e ansiedade, gestão da dor e estabelecimento de relação de ajuda. Administrei analgesia, com melhoria rápida da dor ao fim de poucos minutos. A par da prestação de cuidados imediatos, avaliação de sinais vitais, glicemia, entre outros, fui tentando perceber toda a situação do doente, conversando e percebendo quais as preocupações, desconfortos e estado emocional. Sousa (2020) destaca que o sofrimento tem uma profunda relação ética com o desconforto e a angústia, reforçando que as situações de

saúde/doença são experienciadas de modos diferentes de pessoa para pessoa, o que aponta para que as mesmas não possam ser analisadas separadamente das outras dimensões da vida social. Pude perceber a importância de criar um ambiente de cuidado que promovesse o conforto ao doente e família, em todas as dimensões. Neste sentido, realizei alguns ensinamentos breves sobre o controle do prurido e regulação do trânsito intestinal à esposa, dando espaço a que expusessem as suas preocupações e angústias sobre a situação vivenciada.

Devido à astenia e icterícia marcadas subsequentes a alterações graves na função hepática, a equipa multidisciplinar e esposa decidem internamento neste hospital. Após a agilização das questões burocráticas, pude acompanhar o doente e esposa ao internamento e realizar o encaminhamento de cuidados.

Embora infelizmente a cura não seja uma opção nesta situação, considero que prestámos cuidados confortadores ao doente e esposa, melhorando a experiência de ida ao serviço de urgência, que por si só já é uma situação de vulnerabilidade, quanto mais na situação de doença oncológica. A dor foi gerida de forma eficaz, foi promovido conforto ao doente e esposa, foram prestados cuidados holísticos e realizada uma comunicação e encaminhamento adequados à situação complexa.

Considero que tornarmo-nos enfermeiros especialistas passa por esta visão mais avançada de ver para além do óbvio, respeitar para além das nossas crenças ou ideias pré-construídas, prestando cuidados baseados em evidência, mas respeitando aquilo que o doente considera a sua qualidade de vida. Sendo meu objetivo de estágio prestar cuidados holísticos e confortadores ao doente e família, penso que esta foi uma oportunidade única de repensar práticas e abordagens.

Analisando o que poderia ser melhorado, considero que o contexto da urgência, que apresenta muitas vezes uma grande afluência de doentes e por vezes também uma rotatividade de profissionais, é um ambiente em que se torna difícil prestar cuidados centrados na pessoa, acabando por se recorrer ao método por tarefa. A meu ver, poderia ser benéfica a implementação do método por enfermeiro responsável, o que tornaria o trabalho mais organizado e aumento da satisfação dos doentes relacionada com os cuidados. Como corrobora Rego & Coelho (2017), a organização da prestação de cuidados por enfermeiro de referência, além de corresponder às expectativas dos doentes, concorre para o desenvolvimento do enfermeiro, permitindo simultaneamente assegurar a individualidade, a globalidade, a responsabilidade e a continuidade de cuidados de enfermagem, ao mesmo

tempo que promove a descentralização da tomada de decisão do enfermeiro e possibilita uma maior articulação com a família. Numa perspetiva de contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, manifestada pela identificação de oportunidades de melhoria e elaboração de estratégias para a concretização da mesma, partilhei de forma informal com enfermeiro orientador e equipa esta relação que emergiu da prática no campo de estágio. Verificámos que seria uma pequena mudança que começaria no acolhimento da pessoa na triagem e que seria encaminhada para o enfermeiro que ficaria responsável pela mesma, o que permitirá o enfermeiro conhecer a situação clínica e responder mais adequadamente às questões colocadas pela família, com benefícios na diminuição do tempo de espera do atendimento, melhoria da comunicação no momento de passagem de turno e, conseqüentemente, na satisfação do doente e família.

Quanto ao plano de emergência e catástrofe do hospital, tive a oportunidade de colaborar na sua dinamização e otimização, em colaboração com a enfermeira gestora do serviço, o que permitiu inteirar-me dos procedimentos de triagem a realizar, plano de organização dos espaços no serviço de urgência em situação de catástrofe e procedimentos de encaminhamento após entrada na urgência consoante as situações. A enfermeira gestora concebeu o plano de emergência e catástrofe do hospital e propôs-me colaborar na sua atualização, pelo que verificámos prazos de validade, datas dos tubos de colheitas biológicas e atualização de folhas de registo e materiais, o que considerei ter acrescentado valor a este percurso, pois possibilitou a aquisição de competências na conceção e planeamento da resposta à catástrofe, em articulação com o nível estratégico.

Realizei também importantes intervenções no âmbito da criação de um ambiente terapêutico e seguro, como por exemplo a verificação do carro de emergência, equipamento de ventilação mecânica invasiva, mala de transporte e verificação e registo adequado da terapêutica estupefaciente. Colaborei também nas atividades de gestão com o enfermeiro orientador enquanto chefe de equipa e enfermeira gestora, tendo em conta que nesta fase estava a realizar a minha revisão no âmbito da temática da gestão clínica.

Realço as inúmeras oportunidades de aprendizagem que foram surgindo e, sobretudo, os valiosos momentos de reflexão e partilha com o enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem. A meu ver, a excelência dos cuidados só é possível através desta partilha reflexiva de conhecimentos e experiências entre os pares, pelo que estou muito grata pela forma como fui recebida neste contexto de estágio.

Foi a minha primeira experiência profissional em contexto de urgência e, pude verificar, superando as minhas expectativas, que as intervenções de enfermagem vão além dos cuidados diretos e incluem uma série de ações indispensáveis para manter a eficiência operacional e a segurança no serviço (Gomes et al., 2023). O serviço de urgência exige, a meu ver, capacidades de liderança e comunicação, evidenciando o papel dos enfermeiros na gestão de cuidados à pessoa doente e família.

2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Após a ampla aprendizagem realizada no estágio anterior, foi tempo de adquirir novas competências no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, pelo que irei expor neste subcapítulo as realizadas no contexto de unidade de cuidados intensivos. Este estágio concretizou-se no período de 24 de outubro a 16 de dezembro de 2023, totalizando 180 horas de contacto, numa unidade de cuidados intensivos de um hospital privado, em Lisboa.

A minha escolha deste campo de estágio foi consciente da sua exigência e incidiu no facto de ser um serviço polivalente que recebe doentes do foro oncológico, áreas que sempre me despertaram muito interesse. Portanto, a escolha prende-se com o facto de ser uma instituição de referência na investigação e inovação em saúde, centrada na pessoa e para a pessoa, pelo que se enquadra nos meus objetivos e na minha visão dos cuidados à pessoa doente e família, que desejo serem holísticos e confortadores. Esta visão adquire ainda maior sentido na medida em que os cuidados confortadores são particularmente imprescindíveis quando o contexto de doença é oncológico.

A instituição onde se insere esta unidade de cuidados intensivos assenta numa filosofia de promoção do bem-estar, pelo que as condições estruturais e físicas dos serviços e equipamentos refletem esta premissa, sendo que cada quarto foi projetado de forma a promover o conforto da pessoa.

Particularmente, no que concerne à unidade de cuidados intensivos, esta situa-se no 2º piso da instituição. É um serviço dotado de equipamento diferenciado e tecnológico avançado e está integrado numa unidade contígua ao bloco operatório, pelo que funciona nas vertentes de cuidados intensivos e de recobro cirúrgico. É uma unidade polivalente, que

recebe pessoas com doença oncológica em situação crítica, nomeadamente pessoas em recobro que provêm do bloco operatório e pessoas em cuidados intensivos, sendo que estes últimos podem ser provenientes do bloco ou do internamento.

Relativamente ao espaço físico, a unidade dispõe de 11 quartos individuais, 1 gabinete médico e 1 gabinete de enfermagem, bem como de outros espaços de trabalho de menor dimensão. Uma das particulares desta unidade é o facto de não ser um *open space*, como acontece na maioria das vezes, mas sim um serviço com quartos individualizados.

Quanto à equipa de enfermagem, é uma equipa de cerca de 20 elementos, sendo o rácio habitual de 1 enfermeiro para 1 a 2 doentes. Entre os enfermeiros da equipa, há uma enfermeira gestora e um enfermeiro coordenador. É uma equipa dinâmica e motivada para a melhoria contínua dos cuidados prestados, realizando partilha frequente de conhecimentos entre pares. No seio desta equipa, há uma subequipa de enfermeiros com competências diferenciadas na área da pessoa em situação crítica que integra a Emergência Médica Intra-hospitalar. Esta é constituída por médicos e enfermeiros da unidade, para a qual é destacado 1 enfermeiro por turno para cumprimento dessa função.

Conforme destacado por Santos e colaboradores (2015), cuidados intensivos são um conjunto integrado de ações que visam à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das alterações fisiológicas que ameaçam a vida, bem como à reabilitação dos doentes depois da fase aguda da doença. Essas ações envolvem o uso de tecnologias avançadas, recursos humanos especializados e uma abordagem multidisciplinar. Segundo esta premissa, a pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos apresenta um quadro de instabilidade clínica, complexidade e gravidade, que requer uma assistência contínua e individualizada.

Com o intuito de manter o enfoque nos cuidados confortadores, imprescindíveis no contexto de unidade de cuidados, aliado ao facto de estar a realizar a revisão de literatura intitulada “Intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados”, elaborei o projeto de aprendizagem deste estágio.

O estágio teve como objetivo geral: **Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de unidade de cuidados intensivos.** O objetivo geral foi operacionalizado em dois objetivos específicos, sendo o primeiro: **desenvolver competências no cuidado especializado, holístico e confortador à pessoa em situação**

crítica e sua família; e o segundo: contribuir para a melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados.

Primeiramente, e remetendo-me ao objetivo geral deste campo de estágio, as competências científicas, técnicas, relacionais e éticas ocorreram numa dimensão inesperada, com a vivência de inúmeras situações críticas e complexas que permitiram uma experiência de cuidados especializados inegável. A par das mesmas, as necessidades de conforto das pessoas e família por nós cuidadas evidenciavam-se acrescidas pela doença oncológica e pelas situações de instabilidade clínica.

Segundo Cardoso e colaboradores (2019), a Teoria do Conforto apresenta-se como um referencial teórico que avigora a enfermagem enquanto ciência, além incentivar a interação, autonomia e valorização das necessidades da pessoa, a partir da promoção do conforto, com conseqüente melhoria da qualidade de vida. Pude perceber na prática que o conforto não é um cuidado simples, que se cinge a um ato único para colmatar uma necessidade. É global e tem carácter intencional, no qual o enfermeiro cuida de forma holística, atendendo a todas as suas dimensões. De acordo com Gonçalves Martins e colaboradores (2022), as dimensões do conforto emergem para uma experiência que pode ser vista como subjetiva enquanto percepção do encontro e ajuda por outro ser humano, que envolvem vivências físicas, psíquicas, espirituais, sociais, culturais e ambientais.

Assim, o uso da teoria do conforto, além de estruturar o cuidado, eleva o nível da assistência prestada, fortalece as relações enfermeiro-doente-família e favorece o desenvolvimento de comportamentos de busca em saúde, podendo aprimorar os resultados institucionais (Cardoso et al., 2019). Numa revisão integrativa sobre a Teoria do conforto de Kolcaba no cuidados de enfermagem, realizada por Silva e Nascimento (2023), concluiu-se que o emprego desta teoria no atendimento de enfermagem permite um cuidado compassivo que alivia o sofrimento e desconforto do doente, coadunando-se com a práxis do cuidado humanizado.

O supracitado remonta ao primeiro objetivo específico deste estágio, que levou a que a minha visão se ampliasse ao conforto da pessoa e família, mas também ao do enfermeiro, que no contexto da oncologia pode ver as suas próprias necessidades de conforto comprometidas, resultante do desgaste emocional inerente ao contexto.

Ao iniciar este estágio, comecei por conhecer as dinâmicas física, funcional e orgânica do serviço, normas e protocolos em vigor e realizar pesquisa sobre os fármacos mais utilizados no serviço e com os quais não contactava na minha prática diária profissional.

O primeiro contacto com esta unidade de cuidados intensivos não foi fácil, pois deparei-me com um local em que estava disponível toda uma panóplia de instrumentos tecnológicos, equipamentos diferenciados e inovadores, espaços físicos organizados, contudo, como já abordado anteriormente, o conforto assume não só as dimensões física e ambiental, mas também sociocultural e psicoespiritual. Este facto foi desafiador, tendo sido necessário adquirir o domínio rápido para responder às situações críticas, através de uma procura ativa pelas aprendizagens e oportunidades.

O primeiro dia de estágio foi marcante pela situação da Sra. D.C., submetida a hepatectomia direita alargada para exérese de sarcoma hepático, uma cirurgia longa e complexa, com necessidade de administração de 14 unidades de concentrado de eritrócitos e 7 unidades de plasma fresco congelado no bloco operatório, tendo realizado *packing* abdominal. Observei a entrada da sra. D.C. na unidade: traqueostomizada, ventilada, sedo-analgesiada, curarizada, com penso cirúrgico abdominal e drenagem multitubular à direita, com monitorização cardíaca, da pressão venosa central, de PICCO (*Pulse Contour Cardiac Output*) e de TOFscan (monitorização do nível de relaxamento muscular na pessoa anestesiada) e toda a panóplia de equipamentos necessária.

Imediatamente pensei que a comunicação seria um desafio e ao colaborar no posicionamento no leito, tentámos proporcionar o maior conforto possível, através da colocação de manta de aquecimento corporal para manutenção da temperatura, alinhamento corporal adequado, diminuição do ruído e da luz ambiente, otimização da sedo-analgesia e cuidados de higiene oral e da traqueostomia para prevenção de infeções e otimização da ventilação.

Em doentes ventilados a comunicação está comprometida, sendo necessário usar a comunicação não verbal. Realizámos os procedimentos necessários de forma célere e cuidadosa, falando com a doente durante as mobilizações de forma calma. A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica demonstra-se difícil, sendo por vezes frustrante tanto para o doente como para o enfermeiro, devido à incapacidade de expressão verbal do doente (Oliveira et al., 2022).

Os autores Moura e colaboradores (2016), na sua revisão de literatura sobre o conforto na enfermagem oncológica, realçaram que a palavra conforto faz-se presente no vocabulário dos profissionais de enfermagem, que utilizam de forma habitual expressões como: “prestado conforto”; “o doente está confortável, foi confortado” ou “está confortavelmente instalado”, durante os seus processos de trabalho, algo que se tornou a minha prática neste estágio. Questionar sempre a pessoa se está confortável e, nos casos em que não era possível a mesma responder, eu própria me questionar se a pessoa estaria confortável.

A sra. D.C. necessitava de cuidados especializados e complexos, pelo que foi possível mobilizar os saberes adquiridos ao longo do mestrado, nomeadamente no que respeita à hierarquização de prioridades na situação crítica, cuidados na ventilação invasiva, na traqueostomia, conhecer modos ventilatórios, cuidados à drenagem torácica, farmacologia utilizada, interpretação dos valores de gasimetria, entre muitos outros.

Para além disso, os cuidados de **prevenção e controlo de infeção** eram uma constante, garantindo um ambiente seguro para a pessoa, família e profissionais. Relembro um exemplo de um protocolo instituído relativamente à prevenção da infeção por MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*), em que nos primeiros 5 dias de internamento da pessoa na unidade se realiza higiene corporal com Clorexidina 2%. No intuito de promover conforto, as toalhetas húmidas de clorexidina são aquecidas em estufa própria no serviço nas 24 horas anteriores. Para além disso, todos os doentes internados com tubo ou cânula endotraqueal eram submetidos a higiene oral, pelo menos três vezes por dia com gluconato de clorhexidina a 0,2%. (DGS, 2015). A higiene das mãos é outro aspeto de relevo, pois se em qualquer ambiente de saúde esta é imprescindível, na unidade de cuidados intensivos é vital para a prevenção da infeção cruzada. A disposição e acesso adequado aos meios para a realizar é fundamental e considero que os quartos privados contribuíam para uma melhor organização dos materiais e equipamentos, mantendo apenas o necessário junto à pessoa e sendo mais fácil a desinfeção. Considero que estas e outras ações neste âmbito foram reveladoras de uma **maximização da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica** (2018).

Relembro outra das situações mais marcantes para mim, relativa à A.F., 42 anos, casada e com 4 filhos, com diagnóstico de adenocarcinoma do cólon com metastização

hepática em fase avançada, submetida a transecção hepática. A ressecção cirúrgica permitiria ganho de mais tempo de vida, tendo sido este o motivo da A.F. ter decidido realizar a mesma. Esta situação foi marcante para toda a equipa devido à jovem idade da A.F. e do impacto emocional visível na sua família. A A.F. estava consciente, orientada, aparentemente conformada com a situação clínica e esperançosa. Num dos turnos, encontrava-me a conversar com a A.F. e esta verbalizou sentir-se angustiada, com medo e por vezes solidão. Mobilizei os meus conhecimentos e experiências através da escuta terapêutica, da relação de ajuda, da presença plena, pois os seus efeitos são irrefutáveis na pessoa de quem cuidamos, contudo, por vezes são um choque de realidade para nós como enfermeiros. A icterícia e os edemas generalizados constituíam alterações da imagem corporal marcantes para a A.F., pelo que, em grande parte das manhãs, ajudava-a a vestir-se e maquilhar-se como esta pedia, para que se sentisse bonita e apresentável para os filhos e marido que a visitavam diariamente. A história de vida da A.F. tocou-me de forma especial, filha de uma enfermeira reformada, que gostava de se sentir útil e participar nos cuidados à filha. Esta relação que estabeleci com a A.F. e a sua família traz frutos incalculáveis – a enfermagem tem este poder imenso de fazermos muito através das pequenas coisas.

Acrescido ao facto de a pessoa estar em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos, soma-se a doença oncológica, que coloca a pessoa numa situação de especial fragilidade, pelo que considero que o nosso papel como enfermeiros é deveras fundamental, onde a relação terapêutica e a empatia tomam especial relevância.

De acordo com Sousa (2020), cada um de nós é uma pessoa singular, única, irrepitível e, constitutivamente frágil, sendo que a história de cada um vai da fragilidade do nascer à fragilidade do morrer. Por isso mesmo, esta fragilidade não afetou apenas as pessoas de quem cuidei, mas afetou-me, inevitavelmente, também como pessoa e profissional. Esta aprendizagem crescente foi promotora do **desenvolvimento do meu auto-conhecimento e assertividade** (2019).

As autoras Martins e Lima-Basto (2011) explicam que o enfermeiro, ao se deparar com o sofrimento e a morte da pessoa doente, toma consciência da sua própria finitude e sente-se impotente diante da morte. No entanto, ao estabelecer uma relação profunda com cada doente que sofre e morre, o enfermeiro aprende, cresce e amadurece, tornando-se mais capaz de lidar com o sofrimento e a morte. Esta perspetiva esteve muito presente para mim neste estágio, levando-me a refletir diariamente sobre as muitas questões éticas que se

apresentavam, o que contribuiu ainda mais para o meu processo de aprendizagem como enfermeira especialista. Durante este estágio, estabeleci relação terapêutica com pessoa e família, utilizando estratégias de comunicação consoante os contextos, escuta ativa quando a pessoa expunha os seus medos, angústias e sofrimento, relação terapêutica e comunicação de más notícias, por exemplo, aquando das visitas dos familiares, e em muitas situações e sempre que era possível, o humor. Estas ações de acompanhamento da pessoa foram também referenciadas por Martins e Lima-Basto (2011), destacando que uma relação profunda e calorosa entre enfermeiro e pessoa doente possibilita aprendizagem, crescimento pessoal, maturidade e harmonia interior para ambos os indivíduos, capacitando-os a aceitar e lidar com o sofrimento e a morte.

O humor é algo já implícito no meu atual contexto profissional, no qual lido com a doença crónica e que sinto que é imprescindível nesse contexto. Como parte constituinte do meu perfil como enfermeira, o humor foi uma estratégia que utilizei muitas vezes no contexto da unidade de cuidados intensivos, contudo, este é um contexto marcado pelo sofrimento, pelo que foi necessário adaptar-me novamente. O humor esteve presente em momentos como o “levantar” da pessoa para o cadeirão ou quando caminhávamos no corredor. Foi preciso perceber quem, quando e em que circunstâncias o poderia utilizar, sempre com o objetivo de fazer sorrir, algo que considero ser fundamental na relação terapêutica e, neste contexto, muitas vezes parecia “enganar a morte”.

Relembro a situação do sra. Z.A., 69 anos, submetida a ampolectomia transduodenal por lesão da ampola de Vater, tendo saído do bloco operatório sedada e curarizada, ventilada em pressão assistida com volume controlado, cateter venoso central, drenagem torácica com drenagem de conteúdo purulento, sonda nasojugal e laparostoma exposto a drenar conteúdo hemático em grande quantidade. O laparostoma é usado para drenar abcessos e conteúdo hemático, como forma de controlar risco de infeção e controlar a pressão intra-abdominal em casos de peritonite. Tive a oportunidade de colaborar com o enfermeiro orientador nos cuidados à sra. Z.A., o que me permitiu a aquisição de várias competências especializadas, sendo que a sua situação instável exigia cuidados permanentes junto à mesma e garantia do maior conforto possível.

A sedação e analgesia é uma prática comum nos cuidados intensivos, especialmente com pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva, para assegurar o conforto, promover o alívio da dor e da ansiedade causados por estes procedimentos (Costa et al.,

2014). Pude conhecer escalas de sedação, mais concretamente a escala de RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*), na qual é avaliado o grau de sedação e agitação da pessoa em situação crítica, em que a pontuação vai de -5 a +4, na qual o enfermeiro usa a sua observação para a avaliação («Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS)», 2017).

Um estudo de coorte prospetivo realizado por Costa e colaboradores (2014) relatou que as pessoas submetidas a sedação em unidade de cuidados intensivos, relataram memórias de acontecimentos reais após acordarem, nomeadamente recordações das visitas da família, sensação de sede e desconfortos relacionados com procedimentos invasivos. Este fenómeno no qual muitas vezes pensei durante os cuidados, aumentou a minha preocupação por proporcionar cuidados confortáveis, realizar uma comunicação efetiva e valorizar ainda mais o toque terapêutico.

No momento de iniciar nutrição entérica pela sonda nasोजejunal à sra. Z.A., foram muito importantes os conhecimentos provenientes da minha experiência profissional e os que aprofundi ao realizar a revisão de literatura sobre o conforto e nutrição entérica. Partilhei informalmente com a equipa de enfermagem as práticas mais atuais, no que respeita à monitorização do conteúdo gástrico, normas e vigilância da administração da nutrição entérica em contexto de situação crítica, aspetos a ter em consideração para que se promova o conforto e partilha da informação e decisão com a família. A sra. Z.A. permaneceu na unidade de cuidados intensivos durante todo o meu estágio, no qual infelizmente assisti a um agravamento progressivo da situação, tendo estado inclusivamente em choque séptico. A determinada altura, foi necessário realizar hemofiltração contínua e plasmaferese, técnicas que nunca tinha realizado e através das quais absorvi um conhecimento imenso, não só ao nível do sistema renal, mas da compreensão de toda a situação clínica. Tive a oportunidade de programar o sistema, preparar o circuito, realizar a conexão à pessoa e dar início à técnica sob vigilância contínua dos parâmetros hemodinâmicos e analíticos.

Durante este internamento a sra. Z.A. desenvolveu pancreatite aguda pós-cirúrgica. Este é um diagnóstico muito frequente na unidade e também na instituição decorrente do elevado número de cirurgias pancreáticas realizadas, pelo que a instituição proporcionou uma formação multidisciplinar sobre o tema: “Cuidados ao doente submetido a cirurgia pancreática”, a qual tive oportunidade de assistir.

Mais se acrescenta que para a pessoa doente, o ambiente de cuidados intensivos encerra o desconhecido, longe do seu contexto natural, envolvido por complexos

sistemas tecnológicos e com grande probabilidade de injúrias corporais e psíquicas iatrogénicas decorrentes do plano terapêutico (Faria et al., 2018). Pode perceber-se que o sofrimento presente na pessoa em situação crítica pode ocorrer por diversos motivos, podendo estar presente pelo prognóstico reservado, a notícia do diagnóstico e pelos métodos quase sempre invasivos que são necessários à recuperação da sua saúde.

De acordo com a revisão integrativa realizada por Faria e colaboradores (2018), acerca do conforto nas unidades de cuidados intensivos, os problemas que ocorrem frequentemente no doente são: dor, medo, insegurança, perda de autonomia e solidão; sendo que as medidas promotoras de conforto incluem alívio da dor, prevenção do sofrimento, manutenção da esperança, respeito à pessoa, garantia da dignidade e envolvimento dos familiares. Neste sentido, considero que adquirir inúmeras competências, particularmente ao nível da **comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde**, bem como da **assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica**, tal como descrito no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área da pessoa em situação crítica (2018).

Contextualizando os objetivos para este estágio por mim delineados, torna-se pertinente realçar a importância da intervenção do enfermeiro especialista no domínio da **gestão de cuidados** à pessoa em situação crítica e família. Tal como Joanne Duffy enfatizou no seu modelo *Quality Caring*, o cuidado de enfermagem é influenciado pela gestão clínica, liderança e comunicação terapêutica com o doente e família (Duffy & Hoskins, 2003).

Por sua vez, Mororó e colaboradores (2017) referem que são atributos essenciais da gestão de cuidados a articulação e integração entre gerir e cuidar, bem como, a interação, articulação, comunicação, tomada de decisão e cooperação que devem pautar as relações interpessoais estabelecidas pelo enfermeiro com os integrantes da equipa de enfermagem, profissionais de saúde e pessoa doente; tendo estes atributos implicação na qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), no **domínio da gestão dos cuidados**, o enfermeiro 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**.

De acordo com Ferguson e colaboradores (2007), os enfermeiros constituem a maior componente da força de trabalho de saúde e eles estão numa posição única para moldar a política de cuidados de saúde, fornecer liderança nas equipas clínicas e envolver, focar e motivar essas equipas para continuamente rever e melhorar o atendimento à pessoa.

Remetendo-me ao segundo objetivo específico delineado para este estágio, **contribuir para a melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados**, este emergiu do meu interesse por aprofundar conhecimento nesta temática, que considero corresponder a um domínio de especial importância para o enfermeiro especialista. Como enfermeira perita no meu campo profissional, lidero constantemente processos de gestão de cuidados às pessoas de quem cuido, através do encaminhamento a outros profissionais de saúde, da transição entre serviços e ambientes de saúde, da procura de contributos que promovam a adesão terapêutica, do apoio presencial e telefónico a pessoas e famílias, entre outros. Muitas das atividades que realizo são de colaboração e ligação entre a equipa de enfermagem e a gestão do serviço. A interligação entre gestão e prática clínica que informalmente já realizo há alguns anos no meu contexto profissional, e na qual considero que o enfermeiro especialista através das suas competências desempenha um papel fulcral, foi motivo da escolha do tema da revisão de literatura: “Intervenções do Enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados: revisão *scoping*”. Concluiu-se que a gestão clínica promove a procura de resultados de excelência, a valorização e implementação de decisões criativas tomadas em equipa, o desenvolvimento da consciência de multidisciplinaridade e interdependência e a visão comum do interesse pelos objetivos dos serviços e das instituições de saúde, o que demonstra que as intervenções do enfermeiro neste domínio se refletem na qualidade dos cuidados de saúde. Este estudo foi realizado em parceria com as mestrandas Vanessa Santos e Vera Magalhães, sob a orientação das Professoras Doutoras Patrícia Pontífice Sousa, Rita Marques e Susana Miguel. Esta revisão emergiu do interesse comum das três mestrandas em investigar esta temática, na qual o enfermeiro especialista tem papel preponderante. No decurso da elaboração desta revisão, realça-se a realização do poster apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa (Apêndice IV).

Como futura enfermeira especialista, interessei-me pela gestão clínica na unidade de cuidados intensivos que visa otimizar os recursos e processos disponíveis para garantir a segurança, qualidade e efetividade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família. Por conseguinte, considerei que a elevada complexidade do ambiente da unidade de cuidados intensivos seria foco de elevadas aprendizagens nestes domínios da gestão clínica, comunicação e liderança. Interessou-me nesta fase aplicar conhecimentos decorrentes da revisão de literatura, mas também observar como era realizada esta gestão clínica no serviço, com enfoque na aquisição de competências e contribuição para a qualidade dos cuidados.

A gestão clínica em enfermagem envolve aspetos como a liderança, o trabalho em equipa, a comunicação, a tomada de decisão, o fortalecimento das relações intra e interprofissionais e a formação e sustentação das equipas, sendo por isso mesmo, promotora da qualidade dos cuidados. Estes aspetos são essenciais para a coordenação dos cuidados, a implementação de protocolos baseados em evidências e a avaliação contínua das práticas clínicas (Bender, 2016). Neste sentido, o enfermeiro, enquanto profissional com competências específicas para cuidar da pessoa em situação crítica, tem um papel ativo e dinâmico na gestão clínica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O enfermeiro é também um agente de mudança, que deve estar atento às necessidades dos doentes e famílias, bem como às inovações científicas e tecnológicas, propondo soluções criativas e eficientes para os desafios encontrados. Torna-se por isso pertinente, como futura enfermeira especialista, desenvolver competências no **âmbito da gestão de cuidados** e da **melhoria da qualidade dos cuidados prestados**, tendo por base a evidência científica mais atual.

A área da gestão clínica, onde se alia a gestão de serviço à gestão dos cuidados de enfermagem, constitui para mim um ponto de interesse desde há muito, na medida em que nos últimos anos tenho desempenhado este papel como chefe de equipa. A procura por adquirir conhecimentos científicos nesta área, muitas vezes cinzenta e invisível, de ligação entre a gestão e a prática, e na qual senti que não era fácil encontrar evidências, foi o motivo pelo qual decidi realizar a revisão de literatura que iniciei ainda no final do segundo semestre deste percurso. A escolha deste tema deveu-se ao facto de que a gestão clínica em enfermagem é transversal a todos os contextos de saúde, constituindo competência do enfermeiro especialista. Segundo o Anexo II do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), o enfermeiro especialista **gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articula-os com a equipa**

multiprofissional, bem como adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de observar e colaborar com o enfermeiro de coordenação da unidade nas suas atividades durante 2 turnos, com vista à concretização dos indicadores de processo que defini no meu projeto de aprendizagem. Desta forma, pude observar as intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, realizadas pelo enfermeiro coordenador e enfermeiros chefes de equipa, bem como observar a adequação da gestão dos recursos às necessidades de cuidados, identificando as intervenções que promovem a qualidade.

Neste âmbito, verifiquei que o enfermeiro coordenador se evidenciava como um elemento de ligação entre a gestão do serviço e a prestação de cuidados. Participava ativamente e ajudava os colegas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Sendo um enfermeiro experiente na unidade e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área dos cuidados à pessoa em situação crítica, demonstrava-se uma referência para os colegas, que solicitavam a sua ajuda em situações de maior complexidade ou de menor frequência no serviço.

Ainda neste âmbito, pude perceber que o enfermeiro no domínio da gestão clínica, colabora na gestão de vagas e no encaminhamento da pessoa em situação crítica a outros serviços, tanto nos momentos de realização de exames como de transferências. Alicerçando-me na revisão de literatura efetuada, estes são aspetos reveladores da “integralidade dos cuidados” ou também denominados “cuidados compreensivos”, ou seja, facilitadores da uma transição suave entre ambientes de saúde (Monterosso & Platt, 2016; Reid & Dennison, 2011; Stanley et al., 2008).

A nível de organização da equipa de enfermagem, realiza a distribuição de trabalho pelos enfermeiros. Pude constatar que o método de trabalho implementado é o método individual, em que a cada enfermeiro é distribuído 1 a 2 doentes por turno, em que o enfermeiro é responsável pela conceção e execução dos cuidados, em função da carga de trabalho (Ventura et al., 2021).

Participa nas reuniões de equipa multidisciplinar e transmite essas informações à equipa, o que tal como apurado na revisão de literatura sobre a gestão clínica, constitui também uma intervenção promotora de qualidade dos cuidados, fomentando o espírito de equipa, liderando cuidados e realizando estratégias de comunicação eficaz.

Por sua vez, colabora com a gestão do serviço gerindo recursos materiais e de equipamentos, através da realização de pedidos de medicação à farmácia, envio de pedidos de exames, amostras laboratoriais, pedidos de manutenção de equipamentos e verificação da funcionalidade e operacionalidade dos mesmos. Tive oportunidade de colaborar com o enfermeiro coordenador no pedido de materiais e verificação dos mesmos, verificação dos débitos de materiais realizados no serviço, reposição de *stocks* de material clínico e cirúrgico, pedido de estupefacientes e medicação de frigorífico. A colaboração nestas atividades permitiu-me **otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados**.

Estas atividades visam promover responsabilidade, autonomia, comunicação e continuidade dos cuidados, bem como a satisfação dos doentes e dos profissionais e uma melhor relação custo-eficácia (Bender et al., 2012; Foley et al., 2000). Ao observar e colaborar nestas atividades, relembra-me dos vários aspetos destacados na revisão de literatura sobre a gestão clínica que me encontrava a realizar e partilhei esses aspetos com o enfermeiro coordenador, que se demonstrou muito interessado e, tal como era também minha relação, considerava que seria útil mais informação e melhor organizada sobre estas competências. Considero que esta partilha de conhecimentos foi muito útil para mim e também para o serviço.

Um dos temas sobre os quais refleti durante este estágio, levou-me a visitar o trabalho de Patrícia Benner e os seus pressupostos, sendo ele a integração de novos elementos na equipa de enfermagem, mais concretamente de enfermeiros com experiência em novos contextos clínicos. Neste âmbito, foram importantes os contributos da revisão de literatura sobre as intervenções do enfermeiro em gestão clínica, na qual a supervisão e orientação dos pares é descrita como uma intervenção promotora de qualidade nos serviços. Foram muitos os desafios, mas também oportunidades, por mim sentidos como enfermeira perita numa área e por ora iniciante noutra.

Patricia Benner (2001), no seu livro "De Iniciado a Perito", destaca que a transição para um novo campo requer tempo e experiência, sendo que os enfermeiros para se tornarem peritos necessitam de tempo no mesmo ambiente para apreenderem todos os elementos e particularidades de uma determinada competência. A mesma autora propõe cinco níveis de desenvolvimento profissional, desde o iniciado até ao perito. Por isso, ao iniciar este estágio tornei-me "iniciada" neste contexto, sendo que Benner refere que todos os enfermeiros que

integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares.

Segundo Benner (2001), o especialista é aquele que tem uma compreensão profunda e refinada da situação, que percebe o significado das nuances e das mudanças subtis, que sabe o que fazer com base na sua experiência e no seu julgamento clínico, e que consegue adaptar-se a situações imprevisíveis e complexas. Ainda segundo a mesma autora, a prática hábil em ver e compreender toda uma situação clínica requer muito mais do que a análise de elementos de uma *checklist* livre de contexto, sendo que cuidar possibilita ao enfermeiro conhecer o doente como pessoa, abrindo novos horizontes (Benner et al., 2009). Por conseguinte, considero que é esta a diferença entre ser perito e ser especialista, na medida em que o especialista vê mais além do que é visível aos nossos olhos, usando a sua intuição da prática de perito e tomando decisões fundamentadas na evidência científica proveniente da teoria. Pelo citado anteriormente, considero que adquiri e demonstrei competências fundamentais no que concerne do **domínio das aprendizagens profissionais**, através do meu **auto-conhecimento e assertividade**, comunicação com os pares, **reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais**, **adaptabilidade individual e gestão de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente nos cuidados prestados**.

Em suma, este foi um estágio impactante, com momentos muito difíceis, mas também muito marcantes. Perante diversas situações vivenciadas, e mesmo no meu contexto profissional, dei por mim a lembrar-me de aspetos das teóricas de enfermagem que hoje ainda fazem tanto sentido na prática dos cuidados. Este facto assume elevada importância para mim, pois apesar de exercer a minha atividade profissional noutra contexto, que alicerçou a construção da minha identidade como enfermeira, considero que todas as experiências deste percurso desde o início do mestrado foram fulcrais na integração e construção do modelo de cuidados que me proponho a alcançar.

2.2.1 Hospital de Dia de Oncologia

A oportunidade de conhecer uma realidade diferente no seio da instituição onde me encontrava a estagiar cativou-me pelo que, na fase final do estágio na unidade de cuidados intensivos, realizei cerca de 30 horas de contacto no Hospital de Dia de Oncologia. O Hospital de Dia constituiu uma experiência única, na medida em que tive oportunidade de

prestar cuidados numa área distinta, aliando a doença crítica à doença crónica. Na realidade, os cuidados são prestados à pessoa, não sendo restritos à sua condição, pelo que este percurso culminou de forma muito gratificante.

Durante a semana em que estive no hospital de dia de oncologia, prestei cuidados a pessoas sob tratamentos e procedimentos especializados, maioritariamente do foro oncológico, em colaboração com a enfermeira orientadora. Deparei-me com uma equipa muito acolhedora, imbuída de um espírito verdadeiramente humanizador nos cuidados que presta, organizada e dedicada. A partilha de saberes foi constante por parte de toda a equipa, particularmente da enfermeira orientadora. A minha experiência profissional num contexto muito semelhante em vários aspetos e a disponibilidade da equipa para a partilha e supervisão foram geradores de uma experiência que se evidenciou muito marcante e contributiva na aquisição de competências.

As pessoas alvo dos cuidados deste serviço encontravam-se em situações difíceis, algumas muito sintomáticas, outras com necessidades emocionais prementes. As temáticas do conforto, do cuidado holístico e humanizador e da gestão de cuidados cruzam-se eficazmente neste contexto.

Contextualizando o serviço, este possui um espaço físico amplo, com 2 áreas com cerca de 20 cadeirões cada, com espaços individualizados. A gestão do serviço é realizada pela enfermeira gestora, contudo estão destacadas em todos os turnos duas enfermeiras de coordenação, que orientam a entrada dos doentes e realizam a distribuição de trabalho pelos enfermeiros. O serviço possui um quadro interativo de gestão de doentes, que possibilita adequar os recursos às necessidades existentes diariamente. Os enfermeiros realizam consultas de enfermagem, ensinamentos sobre a terapêutica oncológica e administração e vigilância de terapêutica complexa.

Após toda a aprendizagem adquirida nos estágios anteriores, foi possível adquirir ainda mais competências nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

Remetendo-me ao domínio da prática profissional e responsabilidade ética, a aprendizagem foi imensurável. As reflexões sobre as decisões tomadas no contexto oncológico foram constantes. Os dilemas éticos surgiam aquando da tomada de decisão entre a procura agressiva pela cura e a perda de esperança na cura. Como enfermeira, é fundamental garantir que os tratamentos propostos, além de serem eficazes na abordagem

da doença, tenham em consideração o impacto na vida diária da pessoa, a autonomia e a tomada de decisões compartilhadas. Pude perceber que não há uma resposta única ou definitiva para este dilema, mas sim diferentes perspectivas e argumentos que podem ser considerados. Apesar de nem sempre me rever nas decisões tomadas, o respeito pelas crenças e valores da pessoa é fundamental para um cuidar multicultural, holístico e confortador. A minha atuação primou pela comunicação através da presença plena, da escuta ativa e, sempre que possível, do humor. Para além disso, o foco no conforto é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos doentes oncológicos. Isso envolve não apenas a gestão da dor e dos sintomas físicos, mas também o apoio emocional, a comunicação empática e a promoção de um ambiente acolhedor. Isto verificava-se, por exemplo, aquando das intervenções potencialmente dolorosas, em que a comunicação e o humor eram benéficos. Os cuidados implicavam que desenvolvesse estratégias em parceria com a pessoa, envolvendo-a no seu plano de cuidados.

No domínio da melhoria da qualidade, partilhei informalmente a minha experiência profissional no que respeita ao método de trabalho por enfermeiro responsável que, no contexto de hospital de dia, verifiquei ser promotor da continuidade dos cuidados, da relação terapêutica, da confiança sentida pelas pessoas nos enfermeiros e, conseqüentemente, na satisfação das mesmas. A equipa referiu que esta é uma mudança na qual já têm refletido em equipa, mas que ainda não realizaram os avanços para a sua concretização, pelo que se interessaram pela procura de mais informação. Em termos de práticas realizadas no serviço, destaco que os fármacos de alta complexidade se encontram assinalados com rótulo de destaque, preparados em farmácia e individualizados para o doente. Os de preparação no serviço eram preparados junto à pessoa e administrados imediatamente, diminuindo o risco e ocorrência de erro. Apesar de ser um contexto de ambulatório, presenciei e participei nos cuidados em diversas situações de urgência, devido às frequentes reações aos fármacos. A diversidade e especificidade dos fármacos utilizados no serviço foram motivadores de uma pesquisa sobre os mesmos, bem como possíveis efeitos secundários.

No que concerne ao domínio da gestão de cuidados, colaborei com a enfermeira orientadora na realização de ensinamentos, contactos com a equipa multidisciplinar, encaminhamento dos doentes a outras especialidades, conheci o método de organização do serviço, colaborei na reorganização dos espaços quando necessário.

Por fim, no domínio das aprendizagens profissionais, foi necessário gerir emoções e atuar sob pressão em diversas situações, reconhecer os limites da minha atuação, respeitando a pessoa e o seu contexto emocional.

Durante esta oportunidade, associei diversas vezes este contexto à importância dos Padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem de Barbara Carper (1978), padrões estes que considero inspiradores de uma enfermagem ecuménica e humanizadora. Carper definiu quatro padrões de conhecimento, sendo eles: Empírico – saberes da ciência de enfermagem; Ético – obrigações e deveres implícitos à prática de enfermagem; Pessoal – autenticidade da presença e relação do enfermeiro; Estético – reflete os aspetos culturais e simbolismos. Em suma, as intervenções realizadas implicavam uso do *self*, numa atitude de disponibilidade para a pessoa, que culminou em relações empáticas e terapêuticas. A premissa de que cada pessoa doente permanece poucas horas no serviço reforça o facto de que cada encontro conta. O brio profissional nos pequenos detalhes, como o respeito pelas preferências da pessoa e a forma como realizamos os procedimentos, são reveladores nos resultados dos cuidados. Desta forma, a arte de incorporar todos os padrões resulta em práticas mais avançadas, específicas e relevantes, resulta em verdadeiro cuidado (Carper, 1978).

III. CONCLUSÃO

O presente relatório traduz a análise e reflexão realizada num percurso de aprendizagem repleto de experiências, trabalho, investimento pessoal, oportunidades de crescimento e aquisição de conhecimentos científicos. Chegada a etapa final deste percurso, o sentimento é de orgulho por todos os objetivos alcançados, mas também de humildade por saber que ainda há muito a aprender nesta profissão tão marcante que é a Enfermagem. Ao longo do relatório foi realizada uma análise crítica e reflexiva do percurso realizado, atendendo aos objetivos geral e específicos delineados inicialmente nos projetos de aprendizagem e explanando as atividades e competências desenvolvidas no decurso dos estágios, que considero terem sido amplamente alcançados. A descrição das aprendizagens adquiridas alicerçou-se nas competências descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Através dos estágios realizados no serviço de urgência e na unidade de cuidados intensivos, pude vivenciar na prática os desafios e os resultados compensatórios ao cuidar de pessoas e famílias em situações críticas, onde a vulnerabilidade, o risco, o desconforto, a angústia e a incerteza estavam muitas vezes presentes. A realização do estágio no serviço de urgência foi reveladora de oportunidades cruciais no âmbito da formação, por um lado como formanda através das formações realizadas na instituição, como por outro lado ao elaborar a sessão de formação sobre a nutrição entérica e a pessoa em situação crítica. A revisão de literatura sobre a influência da nutrição entérica no conforto foi basilar para a realização da sessão de formação em contexto de urgência, bem como para a compreensão da influência da nutrição entérica nas dimensões física, sociocultural e psicoespiritual do conforto na pessoa doente. As elações obtidas na revisão possibilitaram um olhar atento às necessidades de conforto da pessoa e família nos dois contextos de estágio, ajustando às mesmas as minhas intervenções. Ao integrar a equipa da unidade de cuidados intensivos, confrontei-me com

uma realidade desafiante, exigente e estimulante, na qual desenvolvi raciocínio clínico, habilidades técnicas e de comunicação e conhecimentos científicos sobre os diversos procedimentos e situações complexas. A revisão de literatura sobre as intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica que promovem a qualidade dos cuidados foi reveladora do seu carácter replicável nos diversos contextos de saúde, revelando-se oportuna na partilha informal dos seus resultados com a equipa de enfermagem da unidade. A gestão clínica justapõe-se às funções e competências do enfermeiro especialista, o que se coaduna com as observações e partilhas realizadas nos campos de estágio, onde estas intervenções se evidenciaram preponderantes. Concomitantemente, considero que esta revisão de literatura trará contributos para a minha atividade profissional, organizando e agregando as intervenções para a melhoria da qualidade dos cuidados. As oportunidades experienciadas nestes contextos de estágios muniram-me de ferramentas para lidar com a complexidade do cuidar em situação crítica, incitando o desenvolvimento das minhas competências técnicas, científicas e humanas.

As competências de mestre complementam as de especialista, demonstradas através da pesquisa bibliográfica efetuada constantemente na procura da melhor evidência científica, da realização das duas revisões de literatura durante este percurso e consequente divulgação, através de dois pósteres apresentados no VI Seminário Internacional de Enfermagem do Mestrado na Universidade Católica Portuguesa e das publicações em revistas científicas de dois artigos. As revisões de literatura que realizei ao longo do curso despertaram em mim o interesse pela pesquisa e produção de conhecimento científico para a enfermagem. Tomei consciência de que há inúmeros focos de atenção a serem explorados na área da pessoa em situação crítica, demonstrando o papel fundamental do enfermeiro na produção de evidências que possam contribuir para a melhoria dos cuidados e dos resultados em saúde.

Culminando este percurso, importa refletir na globalidade do mesmo e nas mudanças e oportunidades que dele emergem. Os contextos de estágio foram cruciais na aprendizagem da práxis especializada, na integração de conhecimentos teórico-práticos, no discurso fundamentado cientificamente, na partilha de saberes entre os pares e na fomentação do interesse por novos projetos e pela investigação. Indubitavelmente, estes fatores contribuíram também para o meu desenvolvimento profissional nas áreas da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação. Em retrospectiva, lembrando o início deste percurso em que regressei ao contexto académico, posso concluir que este foi

catalisador da minha vontade de continuar num caminho de aprendizagem e de superar novos desafios acadêmicos e profissionais. Foi uma experiência enriquecedora e transformadora, que me lembrou o quanto a enfermagem é uma ciência humanizadora, dinâmica, desafiadora e apaixonante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association, Seventh Edition (2020)*. <https://apastyle.apa.org>.
<https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>
- Audet, L.-A., Paquette, L., Bordeleau, S., Lavoie-Tremblay, M., & Kilpatrick, K. (2021). The association between advanced practice nursing roles and outcomes in adults following cardiac surgery: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 122, N.PAG-N.PAG.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104028>
- Balsanelli, A. P. (2019). Work and Management in Nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 1), 1–1. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.201972supl01>
- Bender, M. (2016). Conceptualizing clinical nurse leader practice: An interpretive synthesis. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 23–31. <https://doi.org/10.1111/jonm.12285>
- Bender, M., Connelly, C. D., Glaser, D., & Brown, C. (2012). Clinical nurse leader impact on microsystem care quality. *Nursing Research*, 61(5), 326–332.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318265a5b6>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito—Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora. <http://quarteto.regiaocentro.net>
- Benner, P. E., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice, Second Edition: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. Springer Publishing Company.
- Bolzan, E. P., & Pompermaier, C. (2020). Cuidados de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê*, 5, e24115–e24115.

- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G.-A., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. A., Jüni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., ... ESC Scientific Document Group. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 44(38), 3720–3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. D. (2019). Uso da teoria do Conforto de Kolcaba na implementação do Processo de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1). <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13.
- Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico – revisão sistemática da literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies*, 57-64 Pages. <https://doi.org/10.29352/MILL0211.06.00274>
- Castro, J. M. F. D., Frangella, V. S., & Hamada, M. T. (2017). Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. *ABCS Health Sciences*, 42(1). <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.951>
- Costa, J. B. da, Marcon, S. S., Macedo, C. R. L. de, Jorge, A. C., & Duarte, P. A. D. (2014). Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26, 122–129. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140018>

- Dayse e Silva, A., & Souza Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- DGS. (2015). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados—Portal das Normas Clínicas*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados/>
- DGS. (2020). *Implementação da Nutrição Entérica e Parentérica no Ambulatório e Domicílio em Idade Adulta—Portal das Normas Clínicas*. Norma DGS 017/2020. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2020/09/25/implementacao-da-nutricao-enterica-e-parenterica-no-ambulatorio-e-domicilio-em-idade-adulta/>
- Driscoll, A., Grant, M. J., Carroll, D., Dalton, S., Deaton, C., Jones, I., Lehwaldt, D., McKee, G., Munyombwe, T., & Astin, F. (2018). The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), 6–22. <https://doi.org/10.1177/1474515117721561>
- Duffy, J. (2009). *Quality Caring in Nursing: Applying Theory to clinical practice, education, and leadership*.
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model: Blending dual paradigms. *ANS. Advances in Nursing Science*, 26(1), 77–88. <https://doi.org/10.1097/00012272-200301000-00010>

- Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS). (2017, março 14). *PortalEnf Comunidade de Saúde*. <https://www.portalenf.com/2017/03/escala-agitacao-sedacao-richmond-rass/>
- Faria, J. M. S., Pontífice-Sousa, P., & Gomes, M. J. P. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos—Revisão integrativa. *Enfermería Global*, 17(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–89. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Fawcett, J. (2021). Empirical Indicators: Conceptual and Theoretical Origins. *Aquichan*, 21(4), 1–12. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.4.4>
- Ferguson, L., Calvert, J., Davie, M., Fallon, M., Fred, N., Gerbach, V., & Sinclair, L. (2007). Clinical leadership: Using observations of care to focus risk management and quality improvement activities in the clinical setting. *Contemporary Nurse*, 24(2), 212–224. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.2.212>
- Fleure, L., & Sara, S. (2020). An exploration of the Role of the Prostate Cancer Specialist Nurse from Two International Perspectives. *Seminars in Oncology Nursing*, 36(4). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151043>
- Foley, J., Oates, J., Mack, C., & Fox, C. (2000). Improving the epilepsy service: The role of the specialist nurse. *Seizure*, 9(1), 36–42. <https://doi.org/10.1053/seiz.1999.0365>
- Fulton, J. S., Mayo, A., Walker, J., & Urden, L. D. (2019). Description of work processes used by clinical nurse specialists to improve patient outcomes. *Nursing Outlook*, 67(5), 511–522. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.03.001>

- Giordani, J. N., Bisogno, S. B. C., & Silva, L. A. A. da. (2012). Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 511–516. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400005>
- Gomes, J. F. C., Tinoco, C. A. V., Almeida, M. C. P. S., Ribeiro, L. P. M. G., Queirós, C. D. R., & Neves, H. L. (2023). Intervenções de enfermagem no serviço de urgência: Perspetivas dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI23.36.29896>
- Gonçalves Martins, A., Pontífice Sousa, P., & Margarida Marques, R. (2022). Conforto: Contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- JCI. (1994). *Helping Health Care Organizations Help Patients* | [QualityCheck.org](https://www.qualitycheck.org/). <https://www.qualitycheck.org/>
- Juhrmann, M. L., Grindrod, A. E., & Gage, C. H. (2023). Emergency medical services: The next linking asset for public health approaches to palliative care? *Palliative Care and Social Practice*, 17, 26323524231163195. <https://doi.org/10.1177/26323524231163195>
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Krinsky, R., Murillo, I., & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.004>
- Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. (2014). *Supporting Document for the JBI Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. JBI. https://jbi.global/sites/default/files/2020-07/Supporting_Doc_JBI_Levels_of_Evidence_Grades_of_Recommendation.pdf

- Martins, C., & Lima-Basto, M. (2011). Relieving the Suffering of End-of-Life Patients: A Grounded Theory Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 13, 161–171. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31820a95dd>
- Matos, R. A. (2019). *A presença da família num contexto de serviço de urgência* [masterThesis]. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2273>
- Mayers, T., Kashiwagi, S., Mathis, B. J., Kawabe, M., Gallagher, J., Morales Aliaga, M. L., Kai, I., & Tamiya, N. (2019). International review of national-level guidelines on end-of-life care with focus on the withholding and withdrawing of artificial nutrition and hydration. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(9), 847–853. <https://doi.org/10.1111/ggi.13741>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12.
- Monterosso, L., & Platt, V. (2016). The Cancer Nurse Coordinator Service in Western Australia: Perspectives of specialist cancer nurse coordinators. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 16–26.
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Morrison. (2000). Evolution of the perioperative clinical nurse specialist role. *AORN Journal*, 72(2), 227–232. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61934-0](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61934-0)
- Moura, L. da F., Louro, T. Q., Ribeiro, Y. C., Silva, R. C. L. da, Figueiredo, N. M. A. de, & Silva, C. R. L. da. (2016). O conforto na enfermagem oncológica: Revisão de

- literatura. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(10), Artigo 10.
<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i10a11458p3898-3906-2016>
- MTSOVERVIEW: Manchester Triage System*. (sem data). Manchester Triage (MTS). Obtido 22 de outubro de 2023, de <https://www.triagenet.net/classroom>
- Nascimento, T., Ferreira, C., Nascimento, G., Conceição, M., Correia, E., Leite, A., Begnossi, J., Lima, D., Santos, M., Teixeira, M., Jesus, F., & Souza, R. (2023). O Papel do Enfermeiro no processo de gestão hospitalar: Uma revisão integrativa. *Revista Foco*, 16, e3067. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-065>
- Nelson, D. M., & Potter, D. R. (2020). Volume to Value in Healthcare: Personnel and Organizational Management. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), 2284–2287.
- Oliveira, A. L., Cruz, F., Coelho, M. A., & Cunha, M. (2022). Estratégias de comunicação facilitadoras das intervenções de Enfermagem Holística administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica. *Servir*, 02, Artigo 02. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25880>
- Onishi, M., & Kanda, K. (2010). Expected roles and utilization of specialist nurses in Japan: The nurse administrators' perspective. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 311–318. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01070.x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pesut, D., & Herman, J. (1998). OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing outlook*, 46, 29–36. [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90022-7](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90022-7)
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, H., Larsen, P., Marnie, C., Pollock, D., Tricco, A. C., & Munn, Z. (2022). Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIC Evidence Synthesis*, 20(4), 953. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00242>
- Platz, T. (2019). Evidence-Based Guidelines and Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation—An International Perspective. *Frontiers in Neurology*, 10, 200. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00200>
- Ponte, K. M. D. A., Bastos, F. E. S., Fontenele, M. G. M., Sousa, J. G. D., & Aragão, O. C. (2019). Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: Implications for the nursing profession / Necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência: implicações para enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(4), 925–930. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930>
- Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem [Tese para a obtenção do grau de Doutor*

- no ramo de Enfermagem—Universidade de Lisboa*] [Universidade de Lisboa].
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf
- Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 68-75 Páginas.
<https://doi.org/10.48492/SERVIR025-6.23469>
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 140/2019 (2019).
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, 429/2018 (2018).
https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Julho/Regulam_429_2018.pdf
- Reid, K. B., & Dennison, P. (2011). The Clinical Nurse Leader (CNL)®: Point-of-Care Safety Clinician. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(3), 1–1.
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No03Man04>
- Ribeiro, M., Santos, S. L. D., & Meira, T. G. B. M. (2006). Refletindo sobre liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 10(1), 109–115. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100014>
- Ribeiro, P., & Costa, M. (2012). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: Contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 7), 149–158. <https://doi.org/10.12707/RIII11166>
- Richter, S. A., Santos, E. P. D., Kaiser, D. E., Capellari, C., & Ferreira, G. E. (2019). Ações empreendedoras em enfermagem: Desafios de enfermeiras em posição estratégica de liderança. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 46–52.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900007>

- Salimi, A., Lapointe, J., & Harasymowycz, P. (2019). One-Year Outcomes of Second-Generation Trabecular Micro-Bypass Stents (iStent Inject) Implantation with Cataract Surgery in Different Glaucoma Subtypes and Severities. *Ophthalmology and Therapy*, 8(4), 563–575. <https://doi.org/10.1007/s40123-019-00214-z>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49, Artigo 49.
- Senna, M., Drago, L., Kirchner, Â., Guedes dos Santos, J., Erdmann, A., & Andrade, S. (2014). Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200003>
- Sousa, L. B. D., & Barroso, M. G. T. (2009). Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Escola Anna Nery*, 13(1), 181–187. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100025>
- Sousa, P. P. (2020). *O conforto da pessoa idosa* (2.ª ed.). Universidade Católica Editora.
- Stanley, Gannon J, Gabuat J, Hartranft S, Adams N, Mayes C, Shouse GM, Edwards BA, & Burch D. (2008). The clinical nurse leader: A catalyst for improving quality and patient safety. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 614–622. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00899.x>
- Therrier, S., Carlos, C. M., Costa, R. F., Simino, G. P. R., & Barbosa, J. A. G. (2020). Avaliação da nutrição enteral em unidade de terapia intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*35, . <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38558>
- Tracy, M. F., Oerther, S., Arslanian-Engoren, C., Girouard, S., Minarik, P., Patrician, P., Vollman, K., Sanders, N., McCausland, M., Antai-Otong, D., & Talsma, A. (2020).

Improving the care and health of populations through optimal use of clinical nurse specialists. *Nursing Outlook*, 68(4), 523–527.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.004>

Trevizan, M. A., Mendes, I. A. C., Shinyashiki, G. T., & Gray, G. (2006). Nurses' management in the clinical practice: Problems and challenges in search of competence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 457–460.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300022>

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., K. O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., D.J. Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., A. Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., G. Wilson, M., Garritty, C., ... E. Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*.
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Ventura, J., Martins, M. M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review*. 6.
<https://doi.org/10.30681/252610105480>

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão scoping – “A influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente”

INFLUÊNCIA DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA NO CONFORTO DA PESSOA ADULTA DOENTE: REVISÃO SCOPING

RESUMO

Introdução: Os benefícios da nutrição entérica na pessoa doente estão amplamente descritos, sendo a sua influência no conforto de carácter multidimensional. Para além da importância fulcral que assume na dimensão física do conforto e na recuperação da pessoa doente, a sua influência nas restantes dimensões pode ter um papel preponderante, contribuindo para atingir objetivos terapêuticos e promover a qualidade de vida.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível acerca das dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica na pessoa adulta doente.

Metodologia: Revisão scoping realizada segundo a metodologia *Joanna Briggs Institute*. Dois revisores independentes definiram os critérios de elegibilidade e estratégia de pesquisa e realizaram a seleção, análise e síntese dos estudos.

Resultados: Dos artigos analisados emerge a dimensão física, social e psicoespiritual do conforto influenciadas pela nutrição entérica.

Conclusão: Conclui-se que a nutrição entérica tem influência no conforto da pessoa doente e família, podendo esta ser positiva ou negativa consoante o contexto de saúde ou fase da vida em que se torna necessária. Mais estudos e novas reflexões nesta temática devem ser realizados.

Palavras-chave: Conforto; enfermagem; nutrição entérica; revisão scoping.

INTRODUÇÃO

Estima-se que o total de doentes que necessitam de suporte nutricional com recurso a nutrição clínica artificial é de 114,443, correspondendo a 1 por cento da população portuguesa, sendo que destes cerca de 700 (0,34 por cento) necessitarão de nutrição parentérica, e cerca de 11,000 de nutrição entérica por sonda (5,52 por cento) (DGS, 2020). Atualmente, a desnutrição dos doentes em contexto hospitalar é uma realidade mundial que gera grande preocupação devido à sua correlação com o aumento da morbilidade, das taxas

de infecção e de úlceras por pressão, do tempo de internamento e dos reinternamentos, levando ao aumento dos custos hospitalares e do risco de mortalidade (Therrier et al., 2020). As *guidelines* sobre a terapia de suporte nutricional da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and the Society of Critical Care Medicine recomendam o início precoce de nutrição entérica em adultos gravemente doentes que não se conseguem alimentar via oral (Compher et al., 2022). Esta é uma estratégia eficaz em termos de custos para prevenir a desnutrição e tem benefícios adicionais na manutenção da integridade do trato gastrointestinal e da sua função imunitária (Delgado, 2018).

Por conseguinte, a terapia com nutrição entérica assume elevada importância, tendo como principal finalidade promover a qualidade de vida. A tomada de decisão deve ter em conta a vontade da pessoa e familiares, os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, bem como garantir o conforto (Mayers et al., 2019).

Neste sentido, a Teoria do conforto de Katharine Kolcaba (1994) enquadra-se no tema em estudo, uma vez que, para a mesma, o conforto deve ser o produto da arte holística da enfermagem. O conforto holístico é definido como a experiência imediata de resposta às necessidades da pessoa, tendo em conta os contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental. Por sua vez, Sousa (2020) realça o contexto da experiência do conforto nas dimensões física, social e psicoespiritual, as quais alicerçam esta revisão.

O cuidado que conforta define-se como um processo social, multicontextual, integrador, individualizado e subjetivo, que lida com múltiplas variáveis dinâmicas e assume uma lógica de compromisso, intencionalidade e mutualidade na continuidade, assente num modelo integral de acompanhamento do doente a partir da totalidade do ator que cuida com a totalidade da pessoa cuidada (Sousa, 2020).

O conforto é uma experiência agradável, um estado de satisfação desejado e um sentimento positivo e reforçado na capacidade de lidar com crises e desafios. Um maior conforto, durante e após intervenções terapêuticas, pode aumentar a esperança e a confiança e facilitar a cura, a reabilitação e a morte em paz (Wensley et al., 2020).

Tal como referem Gonçalves Martins e colaboradores (2022), importa olhar a pessoa no centro do cuidado de enfermagem, determinar se existe desconforto, quais os fatores que o desencadeiam, que dimensões do conforto estão afetadas, e que necessidades existem, para poderem ser supridas, implementando intervenções e estratégias de avaliação, que permitam interpretar se o conforto pleno foi alcançado.

A literatura descreve inúmeros benefícios da nutrição entérica, remetendo-se estes principalmente à dimensão física do conforto (Kozeniecki & Fritzshall, 2015; Marinho et

al., 2019), contudo, consideramos que existem benefícios importantes em outras dimensões e que poderão ter elevado impacto na qualidade de vida, sendo por isso fulcral realizar este mapeamento na literatura.

Mediante o referido, pretende-se que esta revisão scoping constitua um ponto de partida para a análise e sistematização dos estudos relativos às dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica, contribuindo para a melhoria das práticas de enfermagem, promovendo cuidados confortadores, e para a investigação científica nesta temática.

Foi formulada a questão de investigação: “Quais as dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica na pessoa adulta doente?” E define-se como objetivo mapear a evidência científica disponível acerca das dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica na pessoa adulta doente, utilizando a metodologia PCC.

MÉTODOS

A revisão scoping realizada seguiu a metodologia *Joanna Briggs Institute*, a qual permite mapear os principais conceitos-chave, clarificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento, sendo particularmente útil por reunir fontes dispares e heterogêneas (Peters et al., 2022).

Critérios de inclusão/exclusão

Os critérios de seleção foram definidos de acordo com a metodologia PCC: Participantes, pessoa adulta doente com nutrição entérica; Conceito, dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica; Contexto, organizações de saúde.

A estratégia de pesquisa teve como objetivo localizar estudos primários, revisões literatura e artigos de opinião, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, com acesso a texto integral livre, sendo que foi utilizada uma estratégia de pesquisa em duas etapas.

Estratégia de pesquisa e Identificação das fontes de informação

Uma pesquisa inicial limitada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL foi realizada para identificar artigos sobre o tema e analisar as palavras do título e resumo para desenvolver uma estratégia de pesquisa e os termos de indexação.

Na segunda etapa, para os descritores identificados, foram validados os termos no MeSH (Medical Subject Heading) e CINAHL. De seguida, as palavras e termos incluídos foram combinados numa estratégia de pesquisa única, adaptada de acordo com as especificidades de cada base/repositório selecionada e utilizando a interseção dos operadores booleanos AND e OR para realizar uma pesquisa completa nos motores de busca, CINAHL Complete; PubMed; Medline Complete; RCAAP; Cochrane Library; Scopus (Tabela 1), no espaço temporal de setembro de 2023.

Os dados foram extraídos usando os seguintes descritores: (Comfort OR “Patient Comfort”) AND [(“Enteral Nutrition” OR “Enteral Feeding” OR “Force Feeding” OR “Gastric Feeding Tube*” OR “Tube Feeding”) OR “Enteral Nutrition”].

Tabela 1 - Estratégia de pesquisa

Scopus	S1	(TITLE-ABS-KEY (comfort) AND TITLE-ABS-KEY ("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Force Feeding" OR "Gastric Feeding Tube*" OR "Tube Feeding"))
CINAHL Complete	S1	TI Comfort OR AB Comfort OR MH Comfort
	S2	TI (“Enteral Nutrition” OR “Enteral Feeding” OR “Force Feeding” OR “Gastric Feeding Tube*” OR “Tube Feeding”) OR AB (“Enteral Nutrition” OR “Enteral Feeding” OR “Force Feeding” OR “Gastric Feeding Tube*” OR “Tube Feeding”) OR MH “Enteral Nutrition”
	S3	S1 AND S2
Medline Complete	S1	TI Comfort OR AB Comfort OR MH “Patient Comfort”
	S2	TI (“Enteral Nutrition” OR “Enteral Feeding” OR “Force Feeding” OR “Gastric Feeding Tube*” OR “Tube Feeding”) OR AB (“Enteral Nutrition” OR “Enteral Feeding” OR “Force Feeding” OR “Gastric Feeding Tube*” OR “Tube Feeding”) OR MH “Enteral Nutrition”
	S3	S1 AND S2
PubMed	S1	(Comfort[Title/Abstract]) OR ("Patient Comfort"[MeSH Terms])
	S2	("Enteral Nutrition"[Title/Abstract] OR "Enteral Feeding"[Title/Abstract] OR "Force Feeding"[Title/Abstract] OR "Gastric Feeding Tube*" [Title/Abstract] OR "Tube Feeding"[Title/Abstract]) OR ("Enteral Nutrition"[MeSH Terms])
	S3	((Comfort[Title/Abstract]) OR ("Patient Comfort"[MeSH Terms])) AND ((“Enteral Nutrition”[Title/Abstract] OR “Enteral Feeding”[Title/Abstract] OR “Force Feeding”[Title/Abstract] OR “Gastric Feeding Tube*” [Title/Abstract] OR “Tube Feeding”[Title/Abstract]) OR (“Enteral Nutrition”[MeSH Terms]))

Cochrane	S1	(Comfort):ti,ab,kw
	S2	MeSH descriptor: [Patient Comfort] explode all trees
	S3	#1 OR #2
	S4	("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Force Feeding" OR "Gastric Feeding Tube*" OR "Tube Feeding"):ti,ab,kw
	S5	MeSH descriptor: [Enteral Nutrition] explode all trees
	S6	#4 OR #5
	S7	#3 AND #6
RCAAP	S1	TI Comfort OR AB Comfort OR SU Comfort
	S2	TI ("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Force Feeding" OR "Gastric Feeding Tube*" OR "Tube Feeding") OR AB ("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Force Feeding" OR "Gastric Feeding Tube*" OR "Tube Feeding") OR SU ("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Force Feeding" OR "Gastric Feeding Tube*" OR "Tube Feeding")
	S3	S1 AND S2
	S4	Limitadores - Fornecedor de Conteúdo: RCAAP

Processo de seleção das fontes de informação

Para organização e armazenamento dos artigos foi utilizado o *software* Rayyan, eliminando-se as referências duplicadas. A triagem dos estudos foi realizada por título e resumo, por dois revisores de forma independente. As discordâncias foram resolvidas por meio da conferência entre os pares. Os artigos que cumpriram os critérios de elegibilidade previamente definidos passaram à fase de leitura integral e foi analisado o texto completo em conformidade com os critérios definidos por dois revisores independentes, sendo que os motivos de exclusão dos estudos foram relatados. Foi utilizada a extensão PRISMA ScR para sintetizar o processo de inclusão dos estudos o que contribui para a adequabilidade desta revisão (Tricco et al., 2018), sendo a seleção espelhada em diagrama de fluxo.

Extração dos dados

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão scoping, por dois revisores independentes, tendo por base a tabela de extração de dados previamente desenvolvida pelos revisores, alinhada com o objetivo e questão de revisão. Os dados extraídos incluem dados relativos aos autores, ano de publicação, tipo de estudo, contexto, resultados e dimensões do conforto.

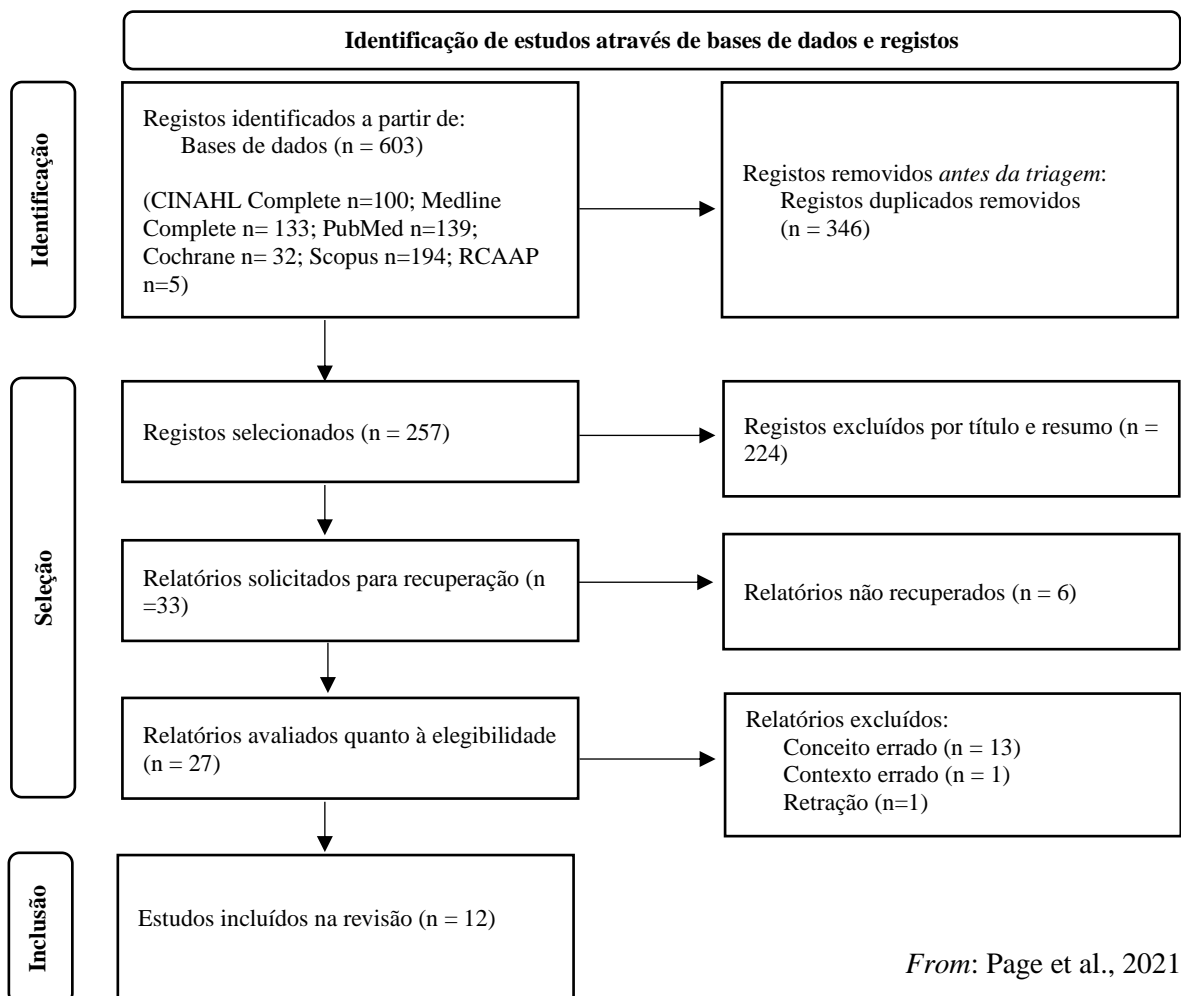
Síntese dos dados

Da pesquisa nas bases de dados, obteve-se um resultado total de 603 artigos. Após a eliminação dos duplicados, foram identificados 257 artigos. Através da leitura do título e resumo, foram excluídos 224 por não cumprirem os critérios de elegibilidade previamente definidos. Dos 33 artigos selecionados para leitura integral foram excluídos 6 por não ser possível o acesso integral livre ao texto. Foram analisados 27 artigos, sendo excluídos 15 por não cumprirem os critérios de elegibilidade (13 por conceito errado; 1 por contexto errado; 1 por retração).

RESULTADOS

O processo de seleção e inclusão dos artigos encontra-se espelhado em Diagrama de Fluxo (Figura 1). Foram incluídos doze artigos, com datas de publicação que oscilaram entre 1986 e 2021. Em termos de contexto verifica-se que predomina o contexto paliativo (n=7).

Figura 1 - Diagrama de Fluxo



Os dados extraídos são apresentados através de formato tabular, com a finalidade de apresentar um resumo narrativo que descreva as dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica, em organizações de saúde, como mostram a Tabela 2 e 3.

Tabela 2 - Caraterização dos estudos incluídos

Fontes de Evidência	Detalhes do Estudo	
	Tipos de Estudo / Nível de evidência	Contexto
(Holmes, 2011)	Artigo de opinião / 5.c	Cuidados Paliativos
(Allari, 2004)	Estudo de caso / 5.c	Cuidados Paliativos
(Schütte et al., 2020)	Artigo de opinião / 5.c	Cuidados Paliativos
(Frey et al., 2020)	Estudo etnográfico / 4.c	Cuidados Críticos (unidades de AVC)
(Smith et al., 2016)	Estudo misto (<i>grounded theory/ focus groups</i>) / 5.b	Cuidados Paliativos
(Somogyi-Zalud et al., 2002)	Estudo de coorte prospetivo / 4.c	Cuidados hospitalares (54% em regime de internamento intensivo)
(Sánchez-Sánchez et al., 2021)	Revisão Sistemática / 4.a	Cuidados Paliativos
(Palecek et al., 2011)	Artigo de opinião / 5.c	Cuidados domiciliários
(Van der Riet et al., 2008)	Estudo Qualitativo com entrevistas a grupos focais / 4.d	Cuidados Paliativos
(Jones & Lang, 1986)	Artigo de opinião / 5.c	Cuidados hospitalares
(Wurzbach, 1990)	Artigo de opinião / 5.c	Cuidados Paliativos
(Green & Vandall-Walker, 2017)	Estudo qualitativo / 4.d.	Cuidados intensivos

Tabela 3 - Tabela de extração de dados

Fontes de Evidência	Dados Extraídos			
Autores Ano	Dimensões do Conforto	Resultados		
Holmes (2011)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - Uma boa nutrição ajuda a aliviar os sintomas, reduz o risco de complicações e responde às exigências metabólicas da doença. - A suplementação oral deve ser introduzida assim que for reconhecido que o doente é incapaz de manter ou aumentar o peso e melhorará tanto a ingestão de tais nutrientes quanto a função física. - Benefícios do suporte nutricional: reduz desnutrição, reduz risco de complicações e atua na promoção do conforto físico. 		
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Benefícios do suporte nutricional: pode facilitar as interações sociais, ao responder a necessidades sociais e culturais. - Riscos do suporte nutricional: isolamento; restrições à função social e relacionamentos. 		
	Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> - A nutrição é mais do que fornecimento de nutrientes, responde a necessidades psicológicas. - Benefícios do suporte nutricional: potencial melhoria da qualidade de vida e bem-estar, atuando na promoção do conforto psicológico. - Riscos do suporte nutricional: imagem corporal negativa, risco de efeitos psicológicos: raiva, ansiedade, medo, inconsistente com algumas crenças religiosas. 		
Allari (2004)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - O suporte nutricional deve ser agressivo e compreensivo. A equipa de saúde deve determinar a melhor forma de satisfazer as necessidades nutricionais e prevenir a desnutrição. - A equipa pode recomendar suplementos nutricionais orais, ou seja, refeições líquidas, para aumentar a ingestão de proteínas e calorias. - Os benefícios da alimentação entérica para doentes terminais podem incluir a correção de desequilíbrios hidroelectrolíticos para alcançar maior estado de alerta, diminuição de náuseas e prolongar a vida. 	<p>- No final de vida, a alimentação e a nutrição revestem-se de particular importância, tanto por razões culturais, religiosas e sociais, como por razões fisiológicas e psicológicas.</p>	
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - A alimentação é reconhecida na cultura atual como potencial de conforto, o que se torna mais evidente no final da vida, quando os doentes pedem que certos alimentos sejam preparados. - A alimentação entérica pode ser usada para prolongar a vida do doente, proporcionando mais tempo para resolver situações inacabadas. 		<ul style="list-style-type: none"> - A alimentação tem implicações culturais, sociais e espirituais importantes, assumindo um novo significado no final da vida. - A nutrição entérica pode melhorar a sensação de bem-estar, fornecer suporte emocional ao doente e família e reduzir o sentimento de abandono.
	Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> - A nutrição entérica pode aumentar a confiança do doente e família de que “tudo está a ser feito”. 		

Schütte et al. (2020)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - No fim de vida o suporte nutricional adicional é de menor importância e pode até prejudicar. - Os sintomas que impedem a ingestão nutricional como náuseas, vômitos ou atraso do esvaziamento gástrico devem ser tratados. - Os doentes que aumentaram a ingestão de proteínas relataram diminuição das náuseas e vômitos. 	
	Social		
	Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento individualizado para modificar ou melhorar a dieta com aumento da ingestão calórica e proteica do doente, levando também a aspetos de estabilização psicológica e integração social. 	
Frey et al. (2020)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - Identificados 3 pilares da alimentação por sonda: escolha, necessidade e conforto. No âmbito do conforto, a decisão de iniciar ou interromper a alimentação por sonda depende se esta causa sofrimento ou desconforto. O imperativo ético é reduzir o sofrimento, pelo que requer atenção aos sinais de desconforto. - O conforto pode ser tanto um objetivo do tratamento quanto um atributo do próprio tratamento. O conforto não é apenas uma meta de tratamento, mas um modo de lidar com a nutrição por sonda por si só. - O conforto é único pois envolve o momento presente. 	
Smith et al. (2016)	Física		<ul style="list-style-type: none"> - O estudo faz uma analogia da tríade do sofrimento, onde se inclui o conforto, caracterizando-se pelas dimensões física, social, psicológica, emocional e espiritual.
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes enfermeiros relataram que a nutrição e hidratação são medidas de conforto para doente e família. - Alguns enfermeiros expressaram que prolongar a vida era um efeito negativo da nutrição e hidratação artificiais e levava a uma pior qualidade de vida. 	
	Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Quando há necessidade da realização de um procedimento doloroso (alimentação por sonda), os enfermeiros acreditam que a nutrição entérica aumenta o sofrimento dos doentes. 	
Somogyi-Zalud et al. (2002)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - A nutrição por sonda em doentes com insuficiência renal aguda, falência de órgãos e sistemas, sépsis, doença pulmonar obstrutiva crónica e cirrose, foi associada ao aumento da mortalidade. - Em doentes em cuidados intensivos com tratamentos de suporte vital onde se inclui a nutrição por sonda, não parece haver benefício de sobrevivência e, apesar da maioria dos doentes terem preferência por cuidados de conforto, este tratamento foi instituído. 	
Sánchez-Sánchez et al. (2021)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - Não foi encontrada diferença estatística entre uso de sondas ou não uso, no que diz respeito ao tratamento dos sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> - A falha em manter a ingestão oral adequada para atender às necessidades nutricionais, pode levar a problemas físicos e psicossociais, como ansiedade e sofrimento. Portanto, pode ser necessário iniciar a nutrição artificial. - O uso da alimentação por sonda entérica pode ser eficaz para melhorar a qualidade de vida, pois pode melhorar aspetos físicos, psicossociais e espirituais. Contudo, alguns doentes apresentaram mais diarreias e restrições, o que pode afetar a esfera física e até psicossocial, podendo influenciar a qualidade de vida.
	Social		
	Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Não foi encontrada diferença estatística entre uso de sondas ou não uso, no que diz respeito à satisfação no fim de vida. 	

Palecek et al. (2011)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - Benefícios da nutrição entérica no peso corporal, força muscular e cicatrização de úlceras de pressão. - Deve garantir-se o conforto se possível através de alimentação manual e realizando tentativas de manter esta alimentação, sem causar sofrimento. 	
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - A nutrição entérica, contudo, pode privar da interação humana que a alimentação manual oferece. - Quando não é possível alimentar o doente manualmente, devem ser discutidos com o mesmo e sua família os benefícios e riscos da colocação de dispositivos médicos. Estabelecer um plano individualizado, que priorize o conforto e as preferências do doente. 	
	Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> - A nutrição entérica pode privar do prazer de se alimentar. - Conforto toma um duplo significado. Primeiro, o conforto refere-se ao ponto de interrupção da alimentação, enfatizando que o doente será alimentado desde que não seja angustiante. Em segundo lugar, o conforto refere-se aos objetivos da alimentação. 	
Van der Riet et al. (2008)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - Alguns doentes terminais veem a nutrição artificial como invasiva, não se alinhando com o espírito de conforto dos cuidados paliativos. - <u>Vantagens</u>: diminuição de náuseas, da desidratação e da sedação e da ocorrência de mioclonias. - <u>Desvantagens</u>: ocorrência de derrame pleural, edemas e ascite; dor e desconforto do procedimento e da intervenção contínua. - <u>O objetivo da nutrição entérica pode ser prolongar a vida.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Houve evidências de polarização entre cuidados paliativos e cuidados intensivos. O espírito dos paliativos consistia na promoção do conforto e qualidade de vida, enquanto a abordagem dos cuidados intensivos era baseada na tecnologia e invasividade.
	Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Os familiares vivenciam sofrimento emocional ao lidar com esta situação. O papel do enfermeiro é de educação e comunicação, envolvendo uma abordagem em equipa. - A nutrição foi vista pelos familiares como mais do que apenas tratamento, estando ligada ao conforto, cuidado, carinho e esperança. - O objetivo da nutrição entérica pode ser melhorar a qualidade de vida. 	
Jones & Lang (1986)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - O estado nutricional pode ser significativo no tratamento de neoplasias, particularmente as de cabeça e pescoço. O suporte nutricional é primordial em todas as fases do tratamento destes doentes para alcançar um resultado ótimo. - O tratamento destas lesões pode ser precedido por nutrição entérica em doentes cirúrgicos, devendo ser escolhida a via menos invasiva que possa fornecer os <u>nutrientes necessários para manter o peso e prevenir a desnutrição e complicações.</u> 	
Wurzbach (1990)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - A nutrição artificial e a hidratação são vistas como medidas necessárias e não apenas extensores de vida. São fornecidas para prevenir ou tratar a desnutrição e a desidratação; podem ou não aliviar a fome e a sede. Por outro lado, a fome e a sede, podem ser tratadas sem recorrer à nutrição artificial. 	
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Estas decisões têm consequências sociais inevitáveis, que incluem mudanças nas percepções do valor da vida, do valor do indivíduo e do papel da sociedade na proteção destes doentes. - Apoiar a pessoa e família na satisfação dos seus desejos enquanto for competente e proteger a privacidade e a dignidade da pessoa durante o processo de morte. 	
	Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Realça-se o toque como símbolo de vulnerabilidade, proporcionando uma oportunidade única de cuidado e tornando-se também um meio pelo qual os doentes podem ser reafirmados como pessoas. Esses aspetos reforçam a dignidade do doente que está a morrer por recusa ou retirada de nutrição. A “solidão do sofrimento” pode ser superada através deste “toque compassivo”. 	

Green & Vandall-Walker (2017)	Física	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes descreveram diferentes tipos e graus variados de desconforto durante as suas experiências de nutrição por sonda: desconforto nasal e na garganta, náuseas, vômitos, distensão abdominal, diarreia e necessidade de injeções de insulina para controlo da glicose. - A maioria dos doentes internados referiram desconforto na nutrição por sonda, físico e psicossensorial.
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes referiram frustração sentida com as restrições e inconvenientes associados à imobilidade e à impossibilidade de controlar o equipamento de entubação. - O desconforto sentido pela nutrição por sonda pode ser agravado pelas questões emocionais e sociais de não se conseguir alimentar oralmente. - A maioria dos doentes consideravam a nutrição entérica uma necessidade para a sua recuperação, apesar do desconforto, ficando satisfeitos com os resultados na sua saúde.
	Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Informações abrangentes e diretas por parte dos profissionais de saúde sobre o procedimento de inserção da sonda nasogástrica, usando estratégias reconfortantes, construíram confiança e permitiram que doentes suportassem melhor o procedimento. Esta confiança promoveu sentimentos de conforto e alívio nos doentes ao receberem nutrição entérica. A aceitação e a satisfação foram observadas quando o cuidado é centrado no doente. - O conforto é determinante na satisfação dos doentes com nutrição entérica. Avaliar e incorporar valores, crenças, necessidades e objetivos dos doentes e explorar as suas escolhas no planeamento dos cuidados nutricionais pode promover a resiliência em resposta à terapia de nutrição.

Dos artigos analisados emergem três dimensões do conforto influenciadas pela nutrição entérica, sendo que a dimensão física foi reconhecida em doze artigos (Allari, 2004; Frey et al., 2020; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Jones & Lang, 1986; Palecek et al., 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Smith et al., 2016; Somogyi-Zalud et al., 2002; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990), a social em oito (Allari, 2004; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Palecek et al., 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Smith et al., 2016; Wurzbach, 1990) e a psicoespiritual em nove (Allari, 2004; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Palecek et al., 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Smith et al., 2016; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990).

DISCUSSÃO

Da análise dos resultados, realça-se que a nutrição entérica influencia o conforto da pessoa adulta doente em três dimensões, sendo elas a física, a social e a psicoespiritual, podendo esta influência ser positiva ou negativa, dependendo do contexto de saúde ou da forma como é administrada.

O conforto físico é referido relativamente ao alívio dos sintomas e à prevenção de complicações associadas à nutrição entérica, como náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, dor abdominal, aspiração, desidratação, infeção ou deslocação do tubo entérico (Allari, 2004; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Palecek et al., 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Van der Riet et al., 2008).

Quando ocorre uma diminuição significativa da ingestão dos nutrientes necessários ou dificuldade/impossibilidade na ingestão oral, resultantes de situações patológicas, a nutrição entérica é muitas vezes a alternativa apresentada pelos profissionais de saúde. Portanto, pode ser necessário optar por nutrição artificial, nomeadamente nutrição entérica, o que irá contribuir para a melhoria do conforto físico da pessoa doente ao serem fornecidos os nutrientes necessários para a recuperação e manutenção da saúde (Allari, 2004; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Jones & Lang, 1986; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990).

Os artigos analisados realçam a importância de que, ao prevenir a desnutrição, a nutrição entérica apresenta benefícios na manutenção da integridade do trato gastrointestinal e da sua função imunológica, e na correção de desequilíbrios hidroelectrolíticos para diminuição de sintomas como as náuseas, manutenção do peso corporal, aumento da ingestão calórica e proteica prevenindo a perda de massa muscular, fatores estes que se evidenciam proporcionadores de conforto físico (Allari, 2004; Holmes, 2011; Jones & Lang, 1986; Palecek et al., 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Smith et al., 2016; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990).

Contudo, a nutrição entérica também pode apresentar desvantagens e causar desconforto físico, nomeadamente quando é necessário recorrer ao uso de dispositivos como sondas nasogástricas ou nasojejunais ou mesmo gastrostomias percutâneas, causando por vezes náuseas, vômitos ou diarreia (Frey et al., 2020; Green & Vandall-Walker, 2017; Palecek et al., 2011; Smith et al., 2016; Somogyi-Zalud et al., 2002; Van der Riet et al., 2008). Se por um lado, em contexto de cuidados intensivos, a nutrição entérica é fulcral no tratamento e na recuperação da pessoa em situação crítica, incapaz de se alimentar, contribuindo para atingir objetivos terapêuticos; por outro lado, os autores dos artigos analisados são unânimes no que concerne à prudência no uso de dispositivos entéricos que, pelo seu carácter invasivo, são causadores de desconfortos, tais como dor durante a inserção e manutenção dos mesmos, irritação das mucosas, náuseas, entre outras complicações (Allari, 2004; Frey et al., 2020; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Jones & Lang, 1986; Palecek et al., 2011;

Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Smith et al., 2016; Somogyi-Zalud et al., 2002; Van der Riet et al., 2008).

De acordo com o estudo de Green e Vandall-Walker (2017) no âmbito dos cuidados intensivos, a maioria dos doentes descreveu a nutrição por sonda nasogástrica como uma necessidade para a sua recuperação, pelo que, independentemente dos desconfortos relatados, se demonstraram satisfeitos com os resultados obtidos para a sua saúde.

A decisão de iniciar ou interromper a alimentação por sonda é uma questão complexa que deve ter em conta o conforto e o bem-estar, ou seja, se a alimentação por sonda causar sofrimento ou desconforto, pode ser necessário interrompê-la ou ajustá-la para reduzir o sofrimento. É importante que os enfermeiros realizem um olhar atento relativamente aos sinais de desconforto e adotem medidas para os aliviar (Allari, 2004; Frey et al., 2020; Green & Vandall-Walker, 2017; Smith et al., 2016; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990). A literatura analisada sugere que os enfermeiros devem avaliar regularmente o estado nutricional, o nível de hidratação, a função intestinal, o volume residual gástrico, o local de inserção do tubo e a tolerância à fórmula de alimentação da pessoa e ajustar as intervenções em conformidade. Além disso, os enfermeiros devem promover cuidados de higiene oral, cuidados com a pele e posicionamento adequado para melhorar o conforto (Allari, 2004; Holmes, 2011; Jones & Lang, 1986; Wurzbach, 1990).

Os estudos revelam controvérsia no que respeita ao uso de alguns dispositivos, nomeadamente da sonda nasogástrica. De acordo com o estudo realizado por Somogyi-Zalud e colaboradores (2002), doentes com mais de 80 anos, internados em cuidados intensivos, com tratamentos de suporte vital onde se inclui a nutrição entérica por sonda nasogástrica, esta não apresentou benefício de sobrevivência e, apesar da maioria ter preferência por cuidados de conforto, este tratamento foi instituído. Neste estudo, 70% dos doentes relataram que desejavam que os seus cuidados se centrassem no conforto e não no prolongamento da vida, o que leva a questionar os benefícios da nutrição entérica quando esta não promove o conforto.

Todavia, há situações em que a administração de nutrição entérica por sonda nasogástrica constitui uma escolha imprescindível para serem atingidos resultados adequados do tratamento. O artigo de Jones e Lang (1986) destaca a importância do suporte nutricional no tratamento pós-cirúrgico de neoplasias da cabeça e pescoço no alcance de um resultado ótimo, prevenindo a desnutrição antes da cirurgia através de suplementação oral ou após cirurgia através de sonda nasogástrica.

Não obstante, a par deste fornecimento de nutrientes necessários para a recuperação e manutenção da saúde, a nutrição entérica influencia o conforto da pessoa adulta doente noutras dimensões, como a social e a psicoespiritual (Allari, 2004; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Palecek et al., 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Smith et al., 2016; Wurzbach, 1990).

No que respeita à dimensão social do conforto, a nutrição desempenha um papel preponderante, satisfazendo muitas necessidades sociais e culturais. Mais concretamente, a alimentação adquire um significado cultural e emocional profundo, pois compartilhar uma refeição com outras pessoas pode ser uma forma importante de conexão e interação social (Allari, 2004; Holmes, 2011). Tal como corrobora Allari (2004), é reconhecida culturalmente como potencial de conforto, o que se torna mais evidente no final da vida, quando os doentes pedem que certos alimentos sejam preparados.

Neste campo, a atenção à família/cuidador adquire especial importância, sendo o papel da nutrição um fator de controvérsia, mais ainda quando se pondera iniciar nutrição entérica, com recurso a meios artificiais. Enquanto a alimentação é um ato voluntário, a nutrição artificial é um ato involuntário, o que poderá promover sentimentos desconfortáveis, pois muitas vezes fica comprometido o sabor, o prazer de se alimentar, bem como os valores culturais e sociais da alimentação (Allari, 2004; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Palecek et al., 2011; Schütte et al., 2020). Este pressuposto é enfatizado por Holmes (2011) que defende que a nutrição entérica influencia as dimensões social e psicoespiritual, na medida em que altera a interação social da pessoa que não se pode alimentar da mesma forma que outras pessoas do seu contexto social ou necessitar de realizar uma alimentação que não vá de encontro às suas crenças.

Apesar de apenas três dos artigos analisados realçarem o papel da suplementação oral (entérica), os autores dos mesmos destacam que esta deve ser privilegiada e introduzida assim que for reconhecido que a pessoa doente é incapaz de manter o peso, o que melhorará tanto a ingestão de nutrientes quanto a sua função (Allari, 2004; Holmes, 2011; Jones & Lang, 1986). Sendo a nutrição um aspeto fundamental na qualidade de vida, a suplementação oral atende a muitas necessidades diferentes e desempenha um papel premente na promoção do conforto físico e psicológico e na facilitação das interações sociais.

No que se refere à dimensão psicoespiritual, a maioria dos autores destaca que o objetivo é fornecer à pessoa uma alimentação adequada e satisfatória, que promova o seu bem-estar físico, mas atendendo sempre ao bem-estar emocional (Allari, 2004; Frey et al., 2020; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Palecek et al., 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021;

Schütte et al., 2020; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990). A incapacidade em manter a ingestão oral adequada para atender às necessidades nutricionais pode levar a problemas físicos, sociais e psicoespirituais, como ansiedade e sofrimento (Allari, 2004; Holmes, 2011; Palecek et al., 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Smith et al., 2016; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990). Allari (2004) reforça que a nutrição entérica tem implicações nos conhecimentos, crenças e emoções da pessoa doente e família, o que demonstra o seu papel na dimensão psicoespiritual do conforto destes últimos.

No âmbito dos Cuidados Paliativos, a nutrição entérica toma contornos particulares, na medida em que a pessoa doente apresenta necessidades de conforto e nutrição acrescidas (Allari, 2004; Holmes, 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Smith et al., 2016; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990). Nas situações de doença crónica ou de fim de vida, a alimentação e a nutrição revestem-se de particular importância, tanto por razões culturais, religiosas e sociais, como por razões fisiológicas e psicológicas (Allari, 2004; Holmes, 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Smith et al., 2016; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990).

A alimentação entérica pode melhorar a sensação de bem-estar do doente, fornecer suporte emocional ao doente e família, reduzindo o sentimento de abandono, e aumentar a confiança do doente e família de que “tudo está a ser feito” (Allari, 2004; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990). No estudo realizado por Smith (2016), os enfermeiros relataram que a nutrição e hidratação foram medidas de conforto para os doentes e famílias. Este facto é corroborado pelo estudo de Van der Riet (2008), em que realça o sofrimento emocional vivido pelos familiares, exigindo-se uma abordagem assente na educação e comunicação com os mesmos como cuidado proporcionador de conforto, esperança e compaixão.

Por conseguinte, o conforto psicoespiritual envolve assim os aspetos emocionais e espirituais da experiência da pessoa doente e família com a nutrição entérica. A literatura analisada indica que os enfermeiros devem respeitar a autonomia, as preferências, os valores e as crenças da pessoa e família em relação ao início, continuação ou interrupção da nutrição entérica (Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Palecek et al., 2011). Além disso, os enfermeiros devem fornecer educação, informação, comunicação e apoio emocional, abordando dúvidas, medos, esperanças e expectativas (Allari, 2004; Green & Vandall-Walker, 2017; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990).

Mais se acrescenta que o conforto é único porque envolve a pessoa no momento presente. Isto significa que é importante ter em consideração as necessidades e preferências da pessoa doente em todos os momentos que envolvem a administração de nutrição entérica, ajustando

as intervenções ao momento em que são realizadas para que o maior conforto seja garantido (Allari, 2004; Frey et al., 2020; Green & Vandall-Walker, 2017; Holmes, 2011; Palecek et al., 2011; Sánchez-Sánchez et al., 2021; Schütte et al., 2020; Smith et al., 2016; Somogyi-Zalud et al., 2002; Van der Riet et al., 2008; Wurzbach, 1990).

Esta revisão foi realizada com artigos apenas nos idiomas português, inglês e espanhol e texto com acesso integral livre, o que pode ter limitado o acesso a outros resultados. Importa destacar que não foi considerada literatura cinzenta.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a nutrição entérica tem influência no conforto da pessoa doente e família, podendo esta ser positiva ou negativa consoante o contexto de saúde ou fase da vida em que se torna necessária. Porém, a análise dos artigos evidencia que a literatura sobre esta temática é difusa e remete-se principalmente à dimensão física do conforto, com poucas referências ou sendo mesmo omissa no que concerne às dimensões social e psicoespiritual. Esta revisão poderá trazer implicações para a prática clínica, ao realçar a importância da identificação por parte dos enfermeiros das dimensões de conforto que são afetadas pela nutrição entérica, o que será útil para identificar necessidades da pessoa doente e família e para que estas possam ser supridas, através de intervenções de cuidado confortador.

Tendo em consideração que alimentação tem implicações culturais, sociais e espirituais fundamentais, além da sua importância para a saúde e terapêutica ao longo da vida, consideramos que a reflexão sobre o conforto nas terapêuticas nutricionais de substituição se torna imprescindível. Salienta-se que a literatura sobre nutrição entérica é extensa, contudo muito escassa no que concerne à relação entre a mesma e o conforto, evidenciando-se uma necessidade de novas reflexões e estudos primários nesta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allari. (2004). When the ordinary becomes extraordinary: Foods and fluids at the end of life.

Generations, 28(3), 86–91.

- Compher, C., Bingham, A. L., McCall, M., Patel, J., Rice, T. W., Braunschweig, C., & McKeever, L. (2022). Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 46(1), 12–41. <https://doi.org/10.1002/jpen.2267>
- Delgado, S. A. (2018). Nutrition is Critical. *American Journal of Critical Care*, 27(2), 144. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018355>
- DGS. (2020). *Implementação da Nutrição Entérica e Parentérica no Ambulatório e Domicílio em Idade Adulta—Portal das Normas Clínicas*. Norma DGS 017/2020. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2020/09/25/implementacao-da-nutricao-enterica-e-parenterica-no-ambulatorio-e-domicilio-em-idade-adulta/>
- Frey, De Boer ME, Dronkert L, Pols AJ, Visser MC, Hertogh CMPM, & Depla MFIA. (2020). Between Choice, Necessity, and Comfort: Deciding on Tube Feeding in the Acute Phase After a Severe Stroke. *Qualitative Health Research*, 30(7), 1114–1124. <https://doi.org/10.1177/1049732320911370>
- Gonçalves Martins, A., Pontífice Sousa, P., & Margarida Marques, R. (2022). Conforto: Contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Green, C., & Vandall-Walker, V. (2017). A Necessary Evil? Patients’ Experiences Receiving Tube Feeding in Acute Care. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 32(4), 516–525. <https://doi.org/10.1177/0884533617706390>
- Holmes, S. (2011). Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(5), 217–222. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.5.217>

- Jones, J. A., & Lang, W. P. (1986). Nutrition during treatment of head and neck cancer. *Special Care in Dentistry*, 6(4), 165–169. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.1986.tb00987.x>
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Kozeniecki, M., & Fritzshall, R. (2015). Enteral Nutrition for Adults in the Hospital Setting. *Nutrition in Clinical Practice*, 30(5), 634–651. <https://doi.org/10.1177/0884533615594012>
- Marinho, A., Lopes, A., Sousa, G., Antunes, H., Fonseca, J., Mendes, L., De Carvalho, M., Teixeira Veríssimo, M., Carvalho, N., Alves, P., & Alves, P. (2019). A Malnutrição Associada à Doença e as suas Repercussões em Portugal. *Medicina Interna*, 60–66. <https://doi.org/10.24950/RSPMI/REVISAO/91/1/2019>
- Mayers, T., Kashiwagi, S., Mathis, B. J., Kawabe, M., Gallagher, J., Morales Aliaga, M. L., Kai, I., & Tamiya, N. (2019). International review of national-level guidelines on end-of-life care with focus on the withholding and withdrawing of artificial nutrition and hydration. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(9), 847–853. <https://doi.org/10.1111/ggi.13741>
- Palecek, E. J., Teno, J. M., Casarett, D. J., Hanson, L. C., Rhodes, R. L., & Mitchell, S. L. (2011). Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *Dysphagia*, 26(2), 204. <https://doi.org/10.1007/s00455-011-9331-7>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, H., Larsen, P., Marnie, C., Pollock, D., Tricco, A. C., & Munn, Z. (2022). Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIC Evidence Synthesis*, 20(4), 953. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00242>

- Sánchez-Sánchez, E., Ruano-Álvarez, M. A., Díaz-Jiménez, J., Díaz, A. J., & Ordonez, F. J. (2021). Enteral Nutrition by Nasogastric Tube in Adult Patients under Palliative Care: A Systematic Review. *Nutrients*, *13*(5), 1562. <https://doi.org/10.3390/nu13051562>
- Schütte, K., Middelberg-Bisping, K., & Schulz, C. (2020). Nutrition and gastroenterological support in end of life care. *Best practice & research. Clinical gastroenterology*, *48*, 101692. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2020.101692>
- Smith, L., Amella, E. J., & Nemeth, L. (2016). Perceptions of Home Health Nurses Regarding Suffering, Artificial Nutrition, and Hydration in Late-Stage Dementia. *Home Healthcare Now*, *34*(9), 478–484. Scopus. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000459>
- Somogyi-Zalud, E., Zhong, Z., Hamel, M. B., & Lynn, J. (2002). The Use of Life-Sustaining Treatments in Hospitalized Persons Aged 80 and Older. *Journal of the American Geriatrics Society*, *50*(5), 930–934. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50222.x>
- Sousa, P. P. (2020). *O conforto da pessoa idosa* (2.^a ed.). Universidade Católica Editora.
- Therrier, S., Carlos, C. M., Costa, R. F., Simino, G. P. R., & Barbosa, J. A. G. (2020). Avaliação da nutrição enteral em unidade de terapia intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem* *35*, . <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38558>
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., K. O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., D.J. Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., A. Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., G. Wilson, M., Garritty, C., ... E. Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

- Van der Riet, Good P, Higgins I, & Sneesby L. (2008). Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(3), 145–151. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2008.14.3.28895>
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A., & Merry, A. F. (2020). Maximising comfort: How do patients describe the care that matters? A two-stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ Open*, 10(5), e033336. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033336>
- Wurzbach. (1990). The dilemma of withholding or withdrawing nutrition. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 226–230.

Apêndice II – Poster – “A influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente: protocolo de revisão”



A influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente: protocolo de revisão

Introdução:

A terapia com nutrição entérica assume elevada importância, tendo como principal finalidade promover a qualidade de vida. A tomada de decisão deve ter em conta os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, bem como garantir o conforto (Castro et al., 2017; Mayers et al., 2019). Importa olhar a pessoa no centro do cuidado de enfermagem, determinar se existe desconforto, quais os fatores que o desencadeiam, que dimensões estão afetadas e interpretar se o conforto pleno foi alcançado (Gonçalves Martins et al. 2022). A literatura descreve inúmeros benefícios da nutrição entérica, remetendo-se estes principalmente à dimensão física do conforto (Lochs et al., 2006; Kozeniecki & Fritzshall, 2015; Marinho et al., 2019), contudo, considera-se que existem benefícios importantes em outras dimensões e que poderão ter elevado impacto na qualidade de vida.

Palavras-chave: Conforto, enfermagem, nutrição entérica, revisão *scoping*.

Objetivo:

Mapear a evidência científica disponível acerca das dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica na pessoa adulta doente.

Materiais e Métodos:

A revisão *scoping* proposta será realizada de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute e irá ter por base o formato de pesquisa Participantes (pessoa adulta doente com nutrição entérica), Conceito (dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica) e Contexto (organizações de saúde).



Termos	Livres / Naturais	MeSH	CINAHL
Conceito 1 AND	Comfort	"Patient Comfort"	Comfort
Conceito 2 AND	"Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Force Feeding" OR "Gastric Feeding Tube" OR "Tube Feeding"	"Enteral Nutrition"	"Enteral Nutrition"
Bases de dados da pesquisa: CINAHL; Medline; PubMed; RCAAP; Cochrane Library e Scopus.			

Resultados:

Os resultados serão apresentados de forma narrativa, recorrendo ao uso de tabelas, se pertinente, de forma a sumarizar as dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica na pessoa adulta doente.

Conclusão:

Espera-se que esta revisão *scoping* constitua um ponto de partida para a análise e sistematização dos estudos relativos às dimensões do conforto que são influenciadas pela nutrição entérica, de forma a contribuir para a promoção de cuidados confortadores, melhoria das práticas de enfermagem e da investigação científica.

Autoria(s): Silva, Carla* Magalhães, Vera* Miguel, Susana** Sousa, Patrícia**

* Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

** Professora na Universidade Católica Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

Referências Bibliográficas:



Apêndice III – Sessão de formação – “Nutrição entérica e a pessoa em situação crítica”



Nutrição Entérica

e a pessoa em situação crítica

ESTUDANTE DE MESTRADO EMC-PSC: CARLA SILVA

Agenda

Introdução

1. Nutrição Entérica e a pessoa em situação crítica
2. Nutrição Entérica vs Nutrição Parentérica
3. Indicações para Nutrição Entérica
4. Avaliação do risco nutricional
5. Fórmulas padrão e fórmulas para doentes críticos
6. Papel do enfermeiro no suporte nutricional
 - Cuidados de enfermagem
 - Despiste de complicações

Protocolo de administração de Nutrição Entérica

Considerações Finais



Introdução

- A nutrição entérica (NE) refere-se a qualquer método de alimentação que use o trato gastrointestinal de modo a suprir em parte, ou no total, as necessidades nutricionais do doente. (Lochs et al., 2006)
- As pessoas que se encontram gravemente doentes, apresentam alterações metabólicas importantes relacionadas com a gravidade da doença, e que levam ao aumento das suas exigências metabólicas, devido ao aumento do metabolismo de proteínas e energia. (Crossfield et al., 2021)
- O total de doentes que necessitam de suporte nutricional com recurso a nutrição clínica artificial é de 114,443, correspondendo a um por cento da população portuguesa, sendo que destes cerca de 700 (0,34 por cento) necessitarão de nutrição parentérica, e cerca de 11,000 de nutrição entérica por sonda (5,52 por cento). (DGS, 2020)



1. Nutrição Entérica e a pessoa em situação crítica

- ∅ A desnutrição hospitalar é uma realidade mundial que gera grande preocupação devido à sua correlação com o aumento da morbilidade, das taxas de infeção e de úlceras por pressão, do tempo de internamento e dos reinternamentos, levando ao aumento dos custos hospitalares e do risco de mortalidade. (Therrier et al., 2021)
- ∅ A desnutrição hospitalar, em países desenvolvidos, é uma condição debilitante de elevada prevalência, que afeta cerca de 10% - 60% das pessoas na admissão hospitalar. (Marinho et al., 2019)
- ∅ A pessoa em situação crítica com nutrição entérica necessita de monitorização contínua, como se fosse um sinal vital, para garantir que o suporte nutricional de nutrientes e energia é adequado, identificar precocemente qualquer possível complicação e avaliar a resposta à alimentação. (Hoffmann et al., 2021)

1. Nutrição Entérica e a pessoa em situação crítica



No doente crítico, o suporte nutricional influencia o prognóstico (Rosa et al., 2005)



A nutrição por via oral encontra-se frequentemente comprometida, habitualmente de uma forma transitória



O estado crítico tende a acompanhar-se de anorexia, o que torna esta população especialmente vulnerável ao desenvolvimento de défices nutricionais graves com repercussão na composição tecidual e na função de órgãos vitais



Segundo a ESPEN o doente deve iniciar NE até 24 horas após a admissão e estabilização hemodinâmica, desde que tenha trato gastrointestinal funcionante

As *guidelines* sobre a terapia de suporte nutricional da *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and the Society of Critical Care Medicine* (ASPEN-SCCM) recomendam o início precoce da NE em adultos gravemente doentes que não se conseguem alimentar via oral. Esta é uma estratégia eficaz em termos de custos para prevenir a desnutrição, uma complicação comum nos cuidados agudos, e tem benefícios adicionais na manutenção da integridade do trato gastrointestinal e promoção da função imunitária.

(Delgado, 2018)

2. Nutrição Entérica vs Nutrição Parentérica

	Nutrição Entérica	Nutrição Parentérica
Definição	Aporte de nutrientes através de uma sonda gástrica ou intestinal	Aporte de nutrientes por via endovenosa
Indicações	Doentes com tubo digestivo funcional, mas incapazes de ingerir ou absorver nutrientes suficientes	Doentes com tubo digestivo não funcional, obstruído ou com risco de aspiração
Vantagens	Mais próxima da fisiologia, menor frequência de complicações, mantém a integridade do tubo digestivo, a função imunológica do intestino e reduz o risco de infeções	Permite o aporte nutricional adequado em situações de falência intestinal, evita o risco de aspiração e infeção do trato gastrointestinal
Desvantagens	Requer acesso ao tubo digestivo, pode causar intolerância gastrointestinal, diarreia, náuseas, vômitos, distensão abdominal, desidratação, desequilíbrio eletrolítico	Requer acesso venoso central, tem maior custo, maior frequência de complicações, como infeções, trombozes, embolias, alterações metabólicas e hepáticas
Monitorização	Peso, ingestão e tolerância alimentar, parâmetros bioquímicos (glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos), função renal e hepática	Peso, balanço hídrico, parâmetros bioquímicos (glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos), função renal e hepática, hemograma, coagulação, cultura de sangue e cateter
Cuidados	Higiene oral, posicionamento adequado do doente e da sonda, verificação da posição da sonda antes da administração da dieta, controlo da velocidade e volume da dieta administrada	Higiene do local de inserção do cateter e troca periódica dos dispositivos de infusão, administração contínua ou cíclica da solução parentérica conforme prescrição médica e nutricional

DGS, 2020

2. Nutrição Entérica vs Nutrição Parentérica

	Nutrição Entérica	Nutrição Parentérica
Proximidade com a fisiologia	Maior	Menor
Custo financeiro	Menor	Maior
Frequência das complicações	Menor	Maior
Integridade do tubo digestivo	Mantida	Não mantida
Trofismo para o tubo digestivo	Sim	Não
Tempo de internamento	Menor	Maior

DGS, 2020; Manuais MSD 2022

3. Indicações para Nutrição entérica

- ✓ Anorexia prolongada
- ✓ Desnutrição proteico-calórica grave
- ✓ Coma
- ✓ Falência hepática
- ✓ Inabilidade de alimentação oral decorrente de traumas na cabeça ou no pescoço
- ✓ Doenças que podem causar má absorção (p. ex., doença de Crohn)
- ✓ **Doenças críticas** que causam stresse metabólico (ex: queimaduras)
- ✓ Outras como: preparação para cirurgia intestinal em doentes críticos ou desnutridos, encerramento de fístulas enterocutâneas e adaptação do intestino delgado após ressecção intestinal maciça
- ✓ **Consumo <60% necessidades energéticas**

Contra-indicações:

- ⊗ vômitos incoeríveis
- ⊗ diarreia grave
- ⊗ hemorragia gastrointestinal
- ⊗ obstrução mecânica ou disfunção do trato gastrointestinal
- ⊗ refluxo gastroesofágico intenso
- ⊗ fístulas enterocutâneas
- ⊗ enterocolite grave

MSD Manual, 2022

3. Indicações para Nutrição entérica

- ✓ A seleção de um Dispositivo Entérico (DE) requer uma avaliação da doença do doente, da anatomia gastrointestinal (GI) (tendo em consideração cirurgias anteriores), da motilidade e função GI e da duração estimada da terapia com NE
- ✓ Se a sonda entérica for necessária por ≤ 4 a 6 semanas, usam-se sondas gástricas ou nasoentéricas moles e de pequeno calibre (p. ex., nasoduodenais) de silicone ou poliuretano
- ✓ Se sonda entérica por > 4 a 6 semanas, normalmente exige gastrostomia ou jejunostomia, posicionada por via endoscópica, cirúrgica ou radiológica.



4. Avaliação do risco nutricional

- ✓ A identificação do risco nutricional deve ser efetuada a todos os doentes internados, independentemente do diagnóstico clínico, nas primeiras 48 horas de internamento, com reavaliação a cada 7 dias de internamento.
- ✓ Para identificação do risco nutricional deve ser utilizado o instrumento constante no Anexo I, NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002) (Adultos).
- ✓ A identificação do risco nutricional deve ser realizada pela **equipa multidisciplinar** responsável pelo internamento do doente, em articulação com o serviço de nutrição, de acordo com as orientações definidas por cada estabelecimento hospitalar.

NORMA ORGANIZACIONAL: 017/2020 - DGS, 2020




5. Fórmulas Padrão



Poliméricas	Oligoméricas	Elementares
Compostas por nutrientes intactos, como proteínas, gorduras e carboidratos, que necessitam de digestão e absorção normal. Podem ser normocalóricas, hipercalóricas ou hipocalóricas, dependendo do valor energético por 100 ml de fórmula.	Compostas por nutrientes parcialmente hidrolisados, como peptídeos, triglicerídeos de cadeia média e maltodextrinas, que facilitam a digestão e absorção. Podem ser indicadas para doentes com insuficiência pancreática, má absorção ou inflamação intestinal.	Compostas por nutrientes totalmente hidrolisados, como aminoácidos livres, triglicerídeos de cadeia média e monossacarídeos, que não requerem digestão e absorção. Podem ser indicadas para doentes com alergias alimentares graves, doença inflamatória intestinal ou síndrome do intestino curto.

5. Fórmulas Especiais para doentes críticos



Imunomoduladoras	Antimicrobianas	Hiperproteicas	Hipercalóricas
Contêm nutrientes que podem melhorar a função imunitária e reduzir a inflamação, como ácidos gordos ômega-3, nucleotídeos, glutamina, arginina e antioxidantes. Podem ser indicadas para doentes com sépsis, trauma, queimaduras ou cirurgia maior	Contêm ingredientes que podem prevenir ou tratar infecções, como lactoferrina, probióticos, prebióticos ou fibras solúveis. Podem ser indicadas para doentes com risco de translocação bacteriana, diarreia associada a antibióticos ou infecções respiratórias	Contêm uma maior proporção de proteínas em relação às calorias, geralmente entre 20 a 25% do valor energético total. Podem ser indicadas para doentes com necessidades proteicas aumentadas, como os doentes com COVID-19, trauma ou queimaduras	Contêm uma maior densidade calórica, geralmente entre 1,5 a 2 kcal/ml. Podem ser indicadas para doentes com necessidades energéticas aumentadas ou restrições de volume, como os doentes com insuficiência respiratória aguda ou edema agudo pulmão

6. Papel do enfermeiro no suporte nutricional

Administração e monitorização da NE

Educação do doente e família sobre o procedimento

Colaboração com a equipa multidisciplinar

Cuidados de enfermagem



- ✓ Higiene oral frequente
- ✓ Substituição do sistema de alimentação de 24/24 horas
- ✓ NE pode ser administrada em bólus ou por infusão contínua
- ✓ Para a administração em bólus, o volume diário é oferecido em 4 a 6 vezes ao dia (100 a 300ml), por seringa ou por gravidade. Após a administração, a sonda deve ser lavada com água (20-30ml) para prevenir obstrução.
- ✓ **Elevação cabeceira** 30 a 45° durante a administração e 1 a 2 h após a mesma, para minimizar a incidência de [pneumonia por aspiração](#), bem como para permitir que a gravidade ajude a propulsionar o alimento.
- ✓ NE contínua deve ser administrada por bomba infusora.
- ✓ Se houver lesões ou deformidades nasais, a localização nasal pode ser prejudicada e, nesses casos, é possível utilizar uma sonda orogástrica ou ororentérica.

MSD Manuais, 2022

Cuidados de enfermagem

- ✓ Iniciar com pequeno volume e aumentar gradualmente de acordo com o tolerado.
- ✓ Após alguns dias, taxa ou concentrações e volumes podem ser aumentados gradualmente até alcançarem as necessidades calóricas e hídricas. Em geral, o máximo que pode ser tolerado é 0,8 kcal/mL a 125 mL/h, resultando em 2.400 kcal/dia.
- ✓ Minimizar as interrupções na administração da NE.
- ✓ Se houver aumento das perdas, como diarreia, transpiração ou febre, administrar quantidade extra de água pelo DE.
- ✓ Confirmar que a posição do DE não mudou e verificar se o comprimento da marcação numérica documentado do DE no local de saída do tubo se mantém. Deve ser avaliado a cada 4 horas ou antes de ser usado.
- ✓ Se houver dúvida de que o DE migrou ou está mal posicionado, confirmar a colocação do DE por radiografia.



MSD Manuais, 2022

Despiste de complicações

Mecânicas

Aspiração brônquica

colocar a cabeça da cama a 30° - 45°

mudar a sonda de nutrição entérica para uma sonda pós-pilórica, de preferência jejunal

medicação procinética - eritromicina ou metoclopramida

administração contínua de NE

Obstrução da SNG

lavagem com 20ml água de 4/4h

diluir os medicamentos líquidos viscosos e/ou hiperosmolares com 10 a 30 ml de água

evitar a acumulação de resíduos lavando a SNG com 20 ml de água, após administração de medicamentos ou nutrição

Exteriorização acidental da SNG

avaliação diária da fixação da sonda e trocá-la regularmente

Verificação do local onde se encontra a sonda antes de alternar decúbitos

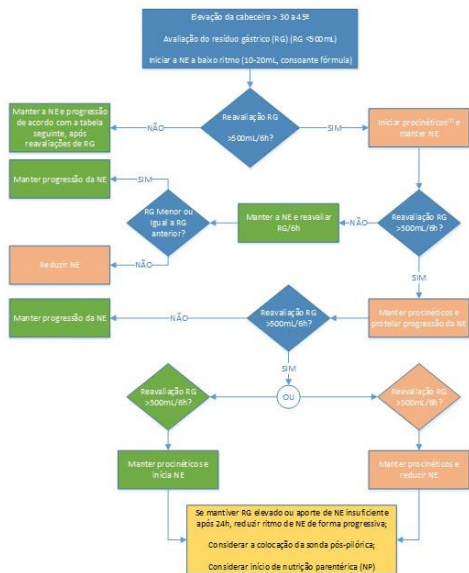
colocar a extremidade da SNG o mais longe possível das mãos da pessoa para dificultar a sua retirada

ASPEN e ESPEN

Despiste de complicações

Gastrointestinais			Metabólicas	
Intolerância (diarreia, vômitos, volume residual elevado, obstipação e distensão abdominal)			Sobrealimentação	Hiperglicémia
Não interromper NE mas diminuir ritmo perfusão	Verificação do volume residual gástrico se sintomatologia	Avaliar necessidade de medicação procinética	Reduzir ritmo administração	Valores normais entre 140-180 – correção com insulina se necessário

ASPEN e ESPEN



Protocolo de administração de Nutrição Entérica

¹Eritomicina: 250mg 8h/8h ou 6h/6h, via endovenosa; Metocloperamida: 10mg 8h/8h, via endovenosa, máximo 3 a 4 dias

Protocolo de administração de Nutrição Entérica

Fórmulas polimérica isocalórica, apta para diabéticos e enriquecida em fibra solúvel					
	Tempo de administração (h)	Ritmo de administração (mL/h)	Volume total/dia (mL)	Correcção proteica (suplemento modular, g)	Suplementação nutricional*
Fase aguda precoce (Até 48h)	24	21	504	-	-
	48	42	1008	Peso até 70kg: 18g Peso > 70kg: 24g	-
Fase aguda tardia (>72h)	72	63	1512	Peso até 70kg: 18g Peso > 70kg: 24g	-
Fase crónica		70	1680	Peso até 70kg: 18g Peso > 70kg: 24g	1 un/dia

Fórmula hipercalórica					
	Tempo de administração (h)	Ritmo de administração (mL/h)	Volume total/dia (mL)	Correcção proteica (suplemento modular, g)	Suplementação nutricional*
Fase aguda precoce (Até 48h)	24	10	240	-	-
	48	25	600	24	-
Fase aguda tardia (>72h)	72	40	960	24	-
Fase crónica		45	1080	Peso até 70kg: 24g Peso > 70kg: 36g	1 un/dia

Considerações finais

- A nutrição entérica deve ser considerada em 1ª linha para doentes que apresentam trato gastrointestinal funcionante e não podem ingerir, por via oral, nutrientes suficientes
- Todo este processo requer uma equipa multidisciplinar competente a trabalhar em conjunto para fornecer cuidados nutricionais seguros (Boullata et al., 2016)
- A NE deve ser individualizada, depende da fase da doença e tem como objetivo promover a qualidade de vida. As decisões devem ser tomadas tendo em conta a vontade da pessoa doente e dos familiares, os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, bem como se deve garantir o seu conforto (Castro et al., 2022)

Referências bibliográficas

- Boullata, J. I., Carrera, A. L., Harvey, L., Escuro, A. A., Hudson, L., Mays, A., McGinnis, C., Wessel, J. J., Bajjal, S., Beebe, M. L., Kinn, T. J., Kiang, M. G., Lord, L., Martin, K., Pompeii-Wolfe, C., Sullivan, J., Wood, A., Malone, A., & Guenter, P. (2016). ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 41(1), 15–103. <https://doi.org/10.1177/0148867116675059>
- Castro, J. M. F. de, Frangella, V. S., & Hamada, M. T. (2017). Agreements and disagreements on indication and continuity of enteral nutritional therapy in palliative care patients with non-communicable diseases. *ABCS Health Sciences*, 42(1). <https://doi.org/10.7327/abchs.v42i1.951>
- Crossfield, C. L., Russo, P. L., & Bucknall, T. K. (2021). Enteral nutrition feeding practices by intensive care nurses: A retrospective evaluation. *Nursing in Critical Care*, 27(5), 676–681. <https://doi.org/10.1111/nicc.12609>
- Delgado, S. A. (2018). *Nutrition is Critical. American Journal of Critical Care*, 27(2), 144–144. doi:10.4037/ajcc2018355
- Fórmulas de nutrição entérica e sua aplicabilidade em idade pediátrica. (2021). *Acta Portuguesa de Nutrição*, 26. <https://doi.org/10.21011/ann.2021.2609>
- Heyland, D. K. (1998). NUTRITIONAL SUPPORT IN THE CRITICALLY ILL PATIENT. *Critical Care Clinics*, 14(3), 423–440. [https://doi.org/10.1016/s0749-0704\(05\)70009-9](https://doi.org/10.1016/s0749-0704(05)70009-9)
- Hoffmann, M., Schwarz, C. M., Fürst, S., Starchl, C., Lobmeyr, E., Sendhofer, G., & Jeitner, M. M. (2021). Risks in management of enteral nutrition in intensive care units: A literature review and narrative synthesis. *Nutrients*, 13(1), 1–31. <https://doi.org/10.3390/nu13010093>
- Lochs, H., Dejong, C., Hammarqvist, F., Hebuterne, X., Leon-Sanz, M., Schütz, T., Van Gemert, W., Van Gossum, A., Valentini, L., Lübke, H., Bischoff, S., Engelmann, N., & Thul, P. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Gastroenterology. *Clinical Nutrition*, 25(2), 266–274. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2006.01.007>
- Marinho, A., Lopes, A., Sousa, G., Antunes, H., Fonseca, J., Mendes, L., De Carvalho, M., Teixeira Veríssimo, M., Carvalho, N., Alves, P., & Alves, P. (2019). A Malnutrição Associada à Doença e as suas Repercussões em Portugal. *Medicina Interna*, 60-66 Páginas. <https://doi.org/10.43950/medint/revista60/61/4/2019>
- NORMA DGS Implementação da Nutrição Entérica e Parentérica no Ambulatório e Domicílio em Idade Adulta. (n.d.). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172020-de-25092020-pdf.aspx>
- Rosa, I., Henriques, R., Dias, A., Páscoa, B., Gonçalves, L., Medeiros, I., Viveiros, C., & Queiroz, A. (n.d.). NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM CUIDADOS INTENSIVOS. https://www.sped.pt/images/sped/GE/GE_2005/4/ulagro2005/v12n4n02.pdf
- Thomas, D. R. (2022, April). Nutrição enteral por sonda. *Manual MSD Edição Para Profissionais*; Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissionais/dist%C3%A9/bios-nutricoes/suporte-nutricional/nutri%C3%A7%C3%A3o-enteral-por-sonda>
- Therrier, S., Carlos, C. M., Costa, R. F., Simino, G. P. R., & Barbosa, J. A. G. (2021). Evaluation of enteral nutrition in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 35, 1–11. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38558>
- Viana, J., Balinha, J., Cláudia Afonso, & De, A. (n.d.). 38 38 MONITORIZAÇÃO DO VOLUME DE RESÍDUO GÁSTRICO NO DOENTE CRÍTICO MONITORING GASTRIC RESIDUAL VOLUME IN THE CRITICALLY ILL PATIENT Segundo a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. <https://doi.org/10.21011/ann.2017.1006>

Obrigada pela
vossa atenção

Apêndice IV – Poster – “Intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados: protocolo de revisão scoping”

Intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados: protocolo de revisão *scoping*

Autoria(s): Silva, Carla* Santos, Vanessa* Magalhães, Vera* Pontífice, Patrícia** Marques, Rita** Miguel, Susana**

* Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

** Professora na Universidade Católica Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

Palavras-chave: Enfermagem, gestão clínica, qualidade dos cuidados, revisão *scoping*.

Introdução:

A gestão clínica desempenha um papel fundamental na profissão de enfermagem, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, o aumento da eficiência dos processos e a segurança dos doentes. Além disso, ajuda a otimizar os recursos e a promover uma abordagem baseada em evidências para a prática de enfermagem (Balsanelli, 2019; Platz, 2019). Através da gestão clínica, os enfermeiros podem aprimorar a organização e coordenação dos cuidados, otimizando o tempo e os recursos (Driscoll et al., 2018). Trevizan e colaboradores referem que conciliar a gestão e a prática clínica tem benefícios na qualidade dos cuidados (Trevizan et al., 2006).

Objetivo:

Mapear a evidência científica disponível acerca das intervenções do enfermeiro, no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados em organizações de saúde hospitalares.

Materiais e Métodos:

A revisão *scoping* proposta será realizada de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute e irá ter por base o formato de pesquisa Participantes (enfermeiros), Conceito (intervenções no domínio da gestão clínica) e Contexto (organizações de saúde hospitalares).

Termos	Livres / Naturais	MeSH	CINAHL
Conceito 1 AND	Management OR "Clinical Governance"	"Patient Care Management" OR "Management Quality Circles" OR "Clinical Governance"	Management OR "Clinical Governance"
Conceito 2 AND	"Quality Care" OR "Quality of Health Care" OR "Health Care Quality" OR "Quality of Nurs* Care" OR "Nurs* Care Quality"	"Quality of Health Care"	"Quality of Health Care" OR "Quality of Nursing Care"
Conceito 3 AND	Nurs* OR "nurs* intervention" OR "Nursing Care"	"Nurse Administrators"	"Nursing Practice" OR "Nursing Care" OR "Nursing Interventions"
Conceito 4	"Clinical Nurse Specialist**" OR "Clinical Nurse Leader**" OR "Specialist* Nurs*"	"Nurse Clinicians"	"Clinical Nurse Leaders" OR "Clinical Nurse Specialists"

Bases de dados da pesquisa: CINAHL Complete; Medline; Web of Science; Cochrane Library e Scopus, com o limitador *free full text*

Resultados:

Iremos apresentar os resultados de forma narrativa, recorrendo ao uso de tabelas, se pertinente para sintetizar as intervenções de enfermagem, no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados.

Conclusão:

Espera-se que esta revisão *scoping* constitua um ponto de partida para a análise e sistematização dos estudos relativos às intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, contribuindo para a sua aplicabilidade como ferramenta na melhoria da qualidade dos cuidados e conhecimento científico.



ANEXOS

Anexo I – Certificado de Formação *Onboarding* – Serviço de Urgência

Onboarding - Edição
2024 - EXTERNOS

12 horas



Declaração de Participação

16 de Fevereiro de 2024

Declara-se que

**Carla Andreia Domingos Da
Silva**

Número de identificação 12768284, concluiu a ação de
formação do curso **Onboarding - Edição 2024 -
EXTERNOS**

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Andreia Duarte'.

Andreia Duarte

C-65ce7720163a7

Programa

O objetivo desta formação é facilitar a integração de novos colaboradores. Reconhecemos que investir no nosso capital humano é imperativo para o nosso negócio, pois as Pessoas são o drive que nos permite cumprir a nossa Missão, de acordo com os Valores. Queremos proporcionar aos Colaboradores a melhor experiência!

Nome do curso	Data de realização do curso
1. Saúde e Segurança no Trabalho - Edição 2024	15 de Fevereiro de 2024
2. Qualidade e Segurança do Doente - Edição 2024	15 de Fevereiro de 2024
3. Controlo de Infeção - Edição 2024	15 de Fevereiro de 2024
4. Sensibilização em Segurança Contra Incêndios - Edição 2024	15 de Fevereiro de 2024
5. Combate a Incêndios - Meios de 1ª Intervenção - Edição 2024	15 de Fevereiro de 2024
6. Compliance - Edição 2024	15 de Fevereiro de 2024
7. Proteção de Dados - Edição 2024	15 de Fevereiro de 2024
8. Introdução aos Sistemas de Informação - Edição 2024	15 de Fevereiro de 2024
9. Segurança de Informação - Edição 2024	16 de Fevereiro de 2024



Anexo II – Certificado da formação – “Cuidados ao doente submetido a cirurgia pancreática”



Lisboa, 17-11-2023

INTERNAMENTO AÇÃO DE FORMAÇÃO

CERTIFICADO

Certifica-se que

Carla Silva

participou na formação com o tema **Cuidados ao doente submetido a cirurgia de Pancreas**”, que decorreu no dia **13 de Novembro de 2023**, [REDACTED] em Lisboa.

Rosa Sousa

Enfermeira Coordenadora Internamento

Anexo III – Certificado de participação no VI Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem – Poster I

CERTIFICADO

Certifica-se que **Carla Silva**, apresentou o Póster n.º 8 com o tema “**A influência da nutrição entérica no conforto da pessoa adulta doente – protocolo de revisão scoping**”, em coautoria com Vera Magalhães, Patrícia Pontifice e Susana Miguel no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Anexo IV – Certificado de participação no VI Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem – Poster II

CERTIFICADO

Certifica-se que **Carla Silva**, apresentou o Póster n.º 7 com o tema **“Intervenções do enfermeiro no domínio da gestão clínica, promotoras da qualidade dos cuidados – protocolo de revisão scoping”**, em coautoria com Vanessa Santos, Vera Magalhães, Patrícia Pontifice, Rita Marques e Susana Miguel no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

