



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

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

Por

Ermitéria Arcângela Baió

Porto, março de 2023





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA**

***SPIRITUALITY IN THE CARE OF THE PERSON IN  
CRITICAL CONDITION***

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

Por

Ermitéria Arcângela Baió

Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Amélia Dias Ferreira

Porto, março de 2023



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e pretende demonstrar, de forma crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, ao longo dos estágios, e a sua importância no desempenho de funções, enquanto Enfermeiro especialista.

O percurso englobou três campos de estágio que permitiram experiências e aprendizagens diversificadas. Decorreram pela seguinte ordem: Estágio referente ao Módulo I – Serviço de Medicina Intensiva; Estágio alusivo ao Módulo II – Serviço de Urgência; Estágio correspondente ao módulo III – Módulo Opcional, Unidade Local de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Este relatório procura, assim, refletir todo o percurso efetuado, ao longo dos dois últimos estágios, que, pela organização curricular pertencem ao mesmo, através da análise crítica e reflexiva da prática, que visou a excelência dos cuidados de Enfermagem e o desenvolvimento das competências fundamentais que caracterizam o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica.

Contudo, considerando a pertinência e a importância do percurso na aquisição de mais e novas competências, o primeiro estágio também será abordado de forma sucinta. Inclui também um capítulo referente à temática sobre a Espiritualidade, sendo este tema o meu foco de atenção neste percurso e sobre o qual foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura.

Os objetivos específicos delineados pretendiam prestar cuidados de Enfermagem de excelência e especializados, à pessoa em situação crítica e à sua família, nos diversos contextos, bem como contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através de um cuidado holístico que abranja a pessoa no seu todo (biopsicossocial, cultural e espiritual).

A dimensão espiritual é parte integrante na humanização e na prestação integral dos cuidados de saúde. Apostar em cuidados espirituais, permite promover a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem e contribuir para a segurança e o bem-estar dos doentes.

A descrição e reflexão concretizada neste relatório possibilitou-me analisar criticamente o percurso desenvolvido, numa perspetiva de crescimento pessoal e profissional. Através da metodologia descritiva, analítica e reflexiva, com recurso à evidência científica e centrada nas experiências vivenciadas nos estágios, pude evidenciar o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

A combinação dos conhecimentos com as experiências vividas evidencia a obtenção de competências, nesta área de especialização, proporcionando autonomia e segurança, no desempenho profissional, perante situações de urgência/emergência.

**PALAVRAS-CHAVE:** competência, Enfermagem, enfermeiro especialista, doente crítico e espiritualidade.



## ABSTRACT

This report emerges from the scope of the Master's Degree in Nursing in the Specialization Area of Medical-Surgical Nursing and intends to demonstrate, in a critical and reflective way, the activities developed and the skills acquired throughout the internships and their importance in the performance of functions as a nurse specialist.

The course encompassed three internship camps that allowed for diversified experiences and learning. They took place in the following order: Internship referring to Module I - Intensive Medicine Service; Internship alluding to Module II - Emergency Department; Internship corresponding to Module III - Optional Module, Local Unit of Prevention and Control of Infection and Antimicrobial Resistance Program.

Thus, this report seeks to reflect the entire path taken throughout the last two internships, which, by curricular organization belong to it, through the critical and reflective analysis of the practice, which aimed at the excellence of Nursing care and the development of fundamental skills that characterize the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, in the area of the person in critical condition.

However, considering the relevance and importance of the journey in the acquisition of more and new competences, the first internship will also be briefly addressed. It also includes a chapter on the theme of Spirituality, this theme being my focus of attention in this journey and on which an Integrative Literature Review was conducted.

The specific objectives outlined were to provide excellent and specialized nursing care to critically ill patients and their families in various contexts, as well as to contribute to improving the quality of care through holistic care that covers the whole person (biopsychosocial, cultural and spiritual).

The spiritual dimension is an integral part of the humanisation and comprehensive provision of health care. Investing in spiritual care promotes the improvement of the quality of Nursing care and contributes to the safety and well-being of patients.

The description and reflection in this report allowed me to critically analyze the course developed, from a perspective of personal and professional growth. Through descriptive, analytical and reflective methodology, using scientific evidence and focusing on the experiences of the internships, I was able to highlight the learning and skill development path.

The combination of knowledge with lived experiences shows the achievement of competencies in this area of specialization, providing autonomy and safety in professional performance in urgent/emergency situations.

**KEY WORDS:** competence, Nursing, nurse specialist, critically ill patient, spirituality.



*O que é viajar?  
Eu respondo com uma palavra: é avançar!  
Avança sempre! Não fiques parado no caminho.*

**(Adaptado de Santo Agostinho)**

*“O importante não é a magnitude das nossas ações,  
mas sim a quantidade de amor que é colocada nelas”.*

**(Madre Teresa de Calcutá)**



### **DEDICO ESTE TRABALHO**

À memória dos meus pais, por tudo o que me ensinaram e, sobretudo,  
pelo grande sentido de responsabilidade, empenho, dedicação e superação,  
que inculcaram em mim  
durante o tempo que com eles vivi!

Aos meus irmãos, que com verdadeiro sentido de cumplicidade, me ajudaram a  
percorrer esta jornada cuja presença me dá maior conforto e alegria à vida.

À minha Congregação, pela oportunidade, confiança,  
apoio, compreensão e ajuda.





## **AGRADECIMENTOS**

... a Deus, Sumo e Supremo Bem, autor de todos os bens e maravilhas, pela saúde e pela paz interior e exterior, que me permitiram transpor todas as dificuldades e barreiras;

... à Prof. Doutora Amélia Ferreira, pela orientação, disponibilidade, atenção e, sobretudo, por toda a ajuda, espírito de otimismo e incentivo;

... à Prof. Doutora Patrícia Coelho, pela disponibilidade, pela atenção sempre presente e pelo incentivo transmitido, em todo o meu percurso;

...aos enfermeiros orientadores dos estágios, pela empatia, disponibilidade, partilha de conhecimentos e pelo crescimento que me proporcionaram;

... à minha fraternidade, em particular, a cada uma das irmãs que a compõem, pela sua compreensão e amizade incondicional, pelo apoio e, sobretudo, por compreenderem as minhas ausências e falta de tempo;

...aos meus familiares e amigos/as, pela compreensão, paciência, amor incondicional, motivação e encorajamento, e por aceitarem a meu aparente distanciamento;

...ao pessoal do meu serviço, em particular à gestora do serviço, pelo carinho, compreensão, incentivo, preocupação e toda a ajuda!

**O MEU MUITO OBRIGADA!**



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CI** – Controlo de Infecção

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CMEMC** – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DM** – Dispositivos Médicos

**ECDC** – European Centre for Disease Prevention and Control

**EEEMC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EEMC** – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**HH** – Higiene Hospitalar

**IACS** – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

**ICS** – Instituto de Ciências da Saúde

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**ITU** – Infecção do Trato Urinário

**MTS** – Sistema de Triagem de Manchester

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização Mundial de Saúde

**PAPA** – Programa de Apoio à Prescrição dos Antibióticos

**PBCI** – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

**PCR** – Paragem Cardiorrespiratório

**PRA** – Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos

**RAM** – Resistência aos Antimicrobiano

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SMI** – Serviço de Medicina Intensiva

**SU** – Serviço de Urgência

**TM** – Triagem de Manchester

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP** – Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa

**UL-PPCIRA** – Unidade Local de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

**VE** – Vigilância Epidemiológica

**VMER** – Viatura Médica Emergência e Reanimação



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>CAPÍTULO 1: DESCRIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO REALIZADO</b> .....	24
<b>1.1 - ESTÁGIO MÓDULO I: SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)</b> .....	25
<b>1.2 - ESTÁGIO MÓDULO II: SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU)</b> .....	29
<b>1.3 - ESTÁGIO MÓDULO III: PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES E     DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (UL-PPCIRA)</b> .....	48
<b>CAPÍTULO 2: ESPIRITUALIDADE NO CUIDAR DA SAÚDE</b> .....	65
<b>CAPÍTULO 3: CONCLUSÃO</b> .....	70
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	74
<b>ANEXOS</b> .....	80
<b>ANEXO 1 – CERTIFICADO DO 4º CONGRESSO INTERNACIONAL DE IACS</b> .....	81
<b>APÊNDICES</b> .....	83
<b>APÊNDICE 1: PLANO DE SESSÃO FORMATIVA</b> .....	84
<b>APÊNDICE 2: POWERPOINT DA FORMAÇÃO</b> .....	95
<b>APÊNDICE 3: AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA</b> .....	112
<b>APÊNDICE 4: RESULTADO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA</b> .....	114
<b>APÊNDICE 5: PEDIDO DE COLABORAÇÃO</b> .....	121
<b>APÊNDICE 6 - QUESTIONÁRIO DE ESTUDO</b> .....	123
<b>APÊNDICE 7- SEGURANÇA NA GESTÃO DOS ANTIMICROBIANOS</b> .....	126
<b>APÊNDICE 8: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A ESPIRITUALIDADE</b> .....	169

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Tabela de prioridade nas urgências. ....	31
--	----



## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 15.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Universidade Católica Portuguesa (UCP), pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Porto, com o principal objetivo de descrever o seu percurso. A base será uma apurada reflexão crítica e sua fundamentação, demonstrando o desenvolvimento das competências especializadas adquiridas, face às atividades realizadas, tendo em conta os objetivos delineados, em conformidade com o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no regulamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

De forma a dar resposta às situações cada vez mais complexas e exigentes da prática de Enfermagem, no sentido de procura da excelência no exercício do cuidado ao doente e família (como preconiza o código deontológico de Enfermagem presente na Lei n.º 156/2015), tornou-se imperativo a realização deste curso, permitindo adquirir mais e novas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na contínua melhoria da qualidade e da excelência, na gestão dos cuidados e nas aprendizagens profissionais.

Os enfermeiros assumem um papel determinante nos processos de transições experienciados pela pessoa ao longo do ciclo vital, seja de natureza desenvolvimental (relacionadas com as mudanças no ciclo vital) ou situacional (associadas aos acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) ou organizacional (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intra organizacionais). É um desafio para os enfermeiros a compreensão do processo de transição e do desenvolvimento de intervenções que sejam adequadas, efetivas e eficazes, de modo a ajudar à pessoa a recuperar a saúde e bem-estar e a superar as dificuldades para desempenhar o seu autocuidado (Meleis, 2010).

Na minha perspectiva, a teoria de Meleis é a que melhor se nos oferece a compreensão, a nível do processo de transição, porque a transição envolve sempre mudanças e adaptações que facilitam a nossa intervenção face à transição que a pessoa e a família vivencia, de modo a voltar ao seu estado normal de saúde e bem-estar.

Este relatório irá espelhar o meu percurso de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), marcada por três estágios, designados de módulo I, II e III.

O módulo I decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), o módulo II, no Serviço de Urgência (SU) e o módulo III, a opcional, na Unidade Local de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (UL - PCIRA). Tendo em conta os modelos conceptuais e as teorias que contribuíram para o desenvolvimento e reconhecimento da Enfermagem como disciplina autónoma, com metaparadigmas constituídas por quatro conceitos: pessoa, ambiente, saúde e Enfermagem (OE, 2012) e, ainda, o cuidado holístico (que inclui a dimensão física, social, cultural, emocional e espiritual), defini como linha orientadora e transversal a todos os estágios a espiritualidade no cuidado à pessoa em situação crítica.

Segundo o Regulamento nº 124 (2011), a pessoa em situação crítica é definida como aquela *“cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*. Refere ainda que os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, que possibilitam uma resposta especializada às necessidades afetadas, de forma antecipada, decorrentes das funções vitais em risco, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à sua recuperação total (OE, 2011).

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados de qualidade prestados à pessoa com disfunção/falência, iminente ou estabelecida, de uma ou mais funções vitais, de modo a prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo como objetivo a sua recuperação total (OE, 2018).

Os estágios têm por objetivo proporcionar aos estudantes o contacto com a realidade da prática de Enfermagem e, conseqüentemente, com a aplicação das aprendizagens adquiridas na teoria, pois esta potencia a atuação no contexto da prática.

Concretamente, o estágio no serviço de urgência permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens, bem como mais competências no exercício da prática de Enfermagem. Como profissional de saúde, permitiu-me, também, uma maior

abertura a novas iniciativas, à mudança e o ajuste de comportamentos que derivam da reflexão efetuada, e que, desse modo, promovem a evolução para a excelência, na prestação de cuidados.

Este relatório irá, também, descrever o percurso que realizei ao longo dos estágios, no que respeita à aquisição de competências especializadas em Enfermagem, tendo subjacente a temática da Espiritualidade, no cuidado à pessoa em situação crítica.

A escolha deste tema tem na sua base um conjunto de motivações pessoais, assim como necessidades profissionais, que identifiquei ao longo do meu percurso como enfermeira, nomeadamente neste contexto de especialização, onde pude perceber a dificuldade existente, nos profissionais de saúde, em abordar esta temática.

Segundo Pires (2008) *“a prática da Enfermagem fundamenta-se num agir que garanta qualidade de cuidado para a pessoa alvo do mesmo...”*, o que implica um vasto conhecimento, de forma a melhorar a resposta na prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade.

O estágio referente ao Modulo I decorreu no período entre 02/05/22 e 25/06/22, no SMI, Penedo, et al (2013), define a medicina intensiva como:

*“uma designação cujo âmbito de aplicação é fundamentalmente nas UCI, embora por vezes se estenda a outras áreas hospitalares (urgências, salas de reanimação, reanimação (intra-hospitalar) ou extra-hospitalares (emergência extra-hospitalar e transporte inter-hospitalar)) (Penedo, et al., 2013)”*,

é este o trabalho desenvolvido pelo SMI: assegurar cuidados ao doente crítico e é, ainda, responsável pela emergência intra-hospitalar da organização. A emergência extra-hospitalar está sob a sua dependência, mas é da responsabilidade do INEM.

O Módulo II decorreu no SU e realizou-se entre 05/09/22 e 26/10/22. O serviço de urgência é como que a porta de entrada para os doentes, no contacto com o serviço de saúde e a linha da frente, no exercício dos cuidados de saúde. Nesta realidade, os profissionais de saúde desempenham um elevado número de tarefas, por hora, embora grande parte desse tempo seja dedicado à comunicação e à atividade clínica. Daí a necessidade de ser criada uma estratégia que liberta mais tempo para a atividade clínica, o que poderá passar pela formação dos mais novos, pela divisão de tarefas e pela divergência para outros sistemas de suporte, de modo a evitar a sobrecarga e a exaustão (Kee, et al., 2012).

O estágio do Módulo III, opcional, realizou-se na UL-PPCIRA de 27/10/22 a 17/12/22. Teve como objetivo a aquisição de novos e mais conhecimentos sobre esta temática. Para combater as Resistências aos Antimicrobiano (RAM) e otimizar o seu

uso, têm sido implementados programas de combate - o *Antimicrobial Stewardship Programs* - que consiste num conjunto de ações de promoção do uso adequado dos antimicrobianos a nível individual, organizacional, nacional, global e intersectorial (WHO, 2019).

Todas estas realidades me proporcionaram a possibilidade de desenvolver competências que me ajudem a prestar a cada doente um cuidado holístico, ou seja, um cuidado que não descure nenhuma dimensão da pessoa, na sua integridade e totalidade. E encontro esta plenitude na articulação com a dimensão da espiritualidade, considerada por mim como um componente pessoal importante, para enfrentar as divergências da vida quotidiana.

Com efeito, a dimensão da espiritualidade, no cuidado de Enfermagem, convoca o profissional de saúde para um diálogo com a interioridade de cada doente, de modo a ajudá-lo a alcançar o discernimento possível, para a compreensão de si no seu adoecer.

A espiritualidade não pode ser entendida, unicamente, como um complemento à dimensão do cuidado, mas sim, como parte integrante do cuidar e como garantia de respeito e de promoção da dignidade da pessoa cuidada. Pois, reside na essência de quem somos, naquela centelha que permeia toda a estrutura da pessoa e exige dignidade e respeito. Através dela, transcendemos a capacidade intelectual, elevando-a ao estatuto de humanidade.

De acordo com o exposto, este relatório divide-se em dois capítulos: no primeiro será explicitado o percurso realizado, em ordem à aquisição de competências, através de atividades desenvolvidas e na reflexão e análise de todo o processo formativo; no segundo é explorada a revisão bibliográfica sobre a espiritualidade, no cuidado à pessoa em situação crítica.

## **CAPÍTULO 1: DESCRIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO REALIZADO**

Tendo como ponto de partida o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, na área de prestação de cuidados de Enfermagem ao doente crítico e à sua família, e fazendo convergir os objetivos preconizados no plano de estudos da EEMC, apresento a descrição das competências adquiridas, tendo em conta os objetivos pessoais a que me propus para cada módulo e as diferentes áreas de estágio pelas quais passei.

Não se pode limitar a aquisição de competências apenas a um saber ou a saber fazer, mas sim a um saber que permita desenvolver uma capacidade sistémica de aprendizagem e de mobilização de conhecimentos, por forma a ser mais eficaz em cada situação nova ou emergente.

Numa atitude crítica e reflexiva, pretendo, ao longo deste capítulo, refletir e descrever as atividades desenvolvidas em cada estágio e, sobre elas, analisar situações relevantes no desempenho de funções, enquanto enfermeira especialista.

Quanto possível, tentarei, também, enquadrar esta minha reflexão, tendo em conta a evolução a que se tem assistido, nas últimas décadas, na área da saúde, o que constituiu uma crescente preocupação na sua organização e resposta, elevando assim os padrões de qualidade na prestação de cuidados, no âmbito da Enfermagem. Sendo que, este desenvolvimento movimentou, nas organizações, um grande empenho na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e possibilitou uma assistência mais competente e segura, proporcionando cuidados mais significativos e efetivos que trouxeram ganhos a nível humano, técnico, científico, comunicacional e ético.

Por considerar que este foi um marco muito importante, no início deste meu percurso de desenvolvimento e aquisição de competências na área EEMC, começo por abordar, de uma forma sucinta, a pertinência do estágio do Módulo I decorrido no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

## **1.1 - ESTÁGIO MÓDULO I: SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)**

Nas últimas décadas, houve um desenvolvimento exponencial na área da medicina intensiva, com o aparecimento de novos conhecimentos, tanto na área da fisiologia, como da patologia e da terapêutica, e também significativos progressos tecnológicos. Tudo isto veio potenciar e melhorar a capacidade do diagnóstico, da prevenção, do tratamento e da cura de muitas doenças que, até há bem pouco tempo, eram fatais (Penedo, et al., 2013).

O SMI é uma unidade, em disponibilidade permanente, que recebe doentes de todas as patologias em estado agudo, emergentes ou em situação crítica. Coordena e assegura o funcionamento da emergência intra-hospitalar, a sala de emergência do serviço de urgência e, ainda, assume o atendimento de doentes na área de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e a coordenação dos recursos necessários ao seu funcionamento, com o mesmo objetivo de dar resposta aos doentes agudos, emergentes e em estado crítico.

Os doentes admitidos neste serviço são provenientes maioritariamente do serviço de urgência (SU), alguns do bloco operatório, para uma vigilância mais apertada, do internamento, por agudização do seu estado de saúde, e também por transferência inter-hospitalar. Gere, de forma eficiente, os recursos disponíveis, proporcionando cuidados de excelência aos doentes. Por isso mesmo, é um serviço muito gratificante para o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores.

Para o desenvolvimento dos cuidados, este serviço está dotado de profissionais de saúde diferenciados, detentores de conhecimentos que potenciam a execução de intervenções capazes de recuperar a saúde e a vida dos doentes permitindo-lhes respostas para as suas necessidades em situação crítica.

Nesta minha reflexão, pretendo abordar o trabalho de equipa aí desenvolvido como crucial, na excelência, no cuidado e no tratamento. Com efeito, nas últimas décadas tem-se assistido a uma grande evolução nas diferentes áreas da saúde. Na base esteve a crescente preocupação para as organizações de elevar os padrões de qualidade na prestação dos cuidados. Esta preocupação suscitou um grande empenho na sua melhoria, o que também possibilitou uma assistência mais competente e segura, proporcionando cuidados mais significativos e efetivos com ganhos ao nível humano, técnico, científico, comunicacional e ético (Peduzzi, 2001).

Assim se percebe facilmente que o trabalho de equipa, nos cuidados em saúde, consiste na organização conjunta das práticas, para uma resposta eficaz às necessidades de saúde. O trabalho em equipa multidisciplinar é, deste modo, considerado fundamental para a qualidade nos cuidados de saúde, para a segurança e satisfação do próprio doente e dos profissionais envolvidos ( Adams , et al., 2014).

Um dos aspetos, para mim, mais desafiantes no cuidado ao doente com ventilação invasiva e sedados, foi a comunicação. Tive necessidade de desenvolver estratégias de ajuda, como o apoio de papel e caneta, já usual neste serviço, que me permitiram e facilitaram comunicar, de forma efetiva e humana, nos cuidados que prestei, de modo a estabelecer a relação terapêutica.

Qualquer situação de saúde que requer internamento hospitalar, sobretudo no contexto de cuidados intensivos, constitui um desafio e um *stress* particular para o doente e seus familiares, no que diz respeito a questões que ultrapassam os aspetos diretamente relacionados com a doença. Estas situações decorrem num ambiente muito complexo, o que torna preeminente o papel dos profissionais de saúde, na satisfação das necessidades destes doentes e seus familiares ( Davidson , et al., 2012).

Na nossa prática verifica-se que, quando um membro da família se encontra doente, em estado grave, toda a família fica “doente”. A constatação e a observação de um familiar rodeado de máquinas não é fácil de aceitar e cria um elevado grau de ansiedade, medo, *stress* e até choque. No decorrer da minha prática, reparei que nem todos os elementos da equipa têm sensibilidade para compreender estas situações, pelo que o tempo de visitas dos familiares é pouco desejado, por parte de alguns colegas.

O enfermeiro, que cuida de doentes críticos é chamado a lidar, especificamente, com respostas humanas para problemas ameaçadores da vida, de modo a assegurar que os doentes e familiares recebam cuidados ótimos, especializados e individualizados. Deve ter-se em conta que a situação de fragilidade de cada pessoa requer uma avaliação contínua, uma vigilância ininterrupta e uma série de intervenções específicas. Por isso, o enfermeiro que trabalha neste contexto deve ter um vasto leque de conhecimentos, perícia técnica e, também, competências apuradas, em ordem ao raciocínio clínico e à tomada de decisões adequadas, em cada situação específica (Castellan, et al., 2016).

Como se trata de uma realidade complexa e exigente, procurei investigar conteúdos que me permitissem obter conhecimentos específicos, a fim de poder colaborar, com mais eficiência, na utilização adequada da ventilação, uma vez que a maioria dos doentes internados no SMI tem necessidade de ventilação invasiva, pela sua

instabilidade hemodinâmica e laboratorial e pela necessidade de sedação e analgesia, em ordem à promoção, prevenção e controlo de situações críticas ou de falência orgânica. Apesar de ter alguns conhecimentos teóricos e alguma prática nesta área, por trabalhar num bloco operatório, tomei consciência do muito que ainda há para aprender, no que diz respeito aos diferentes modos ventilatórios e aos cuidados a prestar ao doente submetido a ventilação assistida.

Na prática e neste contexto, uma das iniciativas que verifiquei e que considerei como uma mais-valia, no campo da comunicação com o doente, foi a implementação e construção do diário do doente. Quando o estado de gravidade do doente faz prever que este vai ficar muito tempo entubado ou sedado, o diário torna-se uma ferramenta imprescindível, já que todos os profissionais envolvidos e os próprios familiares podem anotar nele a evolução verificada.

O diário é também um meio para concretizar o objetivo de contribuir para a prevenção do *stress* pós-traumático. Nele, são guardados, em memória, factos através dos quais o doente pode, mais tarde, inteirar-se da situação por que passou e de quanto amor, dedicação e cuidado recebeu. Segundo o Drumright, et al., 2021, a utilização do diário neste contexto, tem sido relatada, pelos familiares, como uma terapêutica associada a um melhor atendimento e uma melhor comunicação com a equipa do serviço, pois auxilia na orientação da memória e das recordações, preenchendo lacunas em relação ao tempo passado nos intensivos, sobretudo em episódios de comprometimento da consciência (Drumright, et al., 2021)

Em todos os casos do doente crítico, tanto o doente como os familiares estão sempre expostos a uma situação *stressante* e, conseqüentemente, a um conjunto de problemas designados como Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). A fim de evitar sequelas ligadas a estes episódios do doente, o serviço tem muito bem organizada e implementada a consulta pós internamento, designada como consulta de *follow up*. O intuito é continuar a seguir o doente e a sua família, a fim de avaliar os fatores de risco que daí podem advir, incluindo a sua prevenção e diminuição.

Constatei que, de um modo geral, toda a equipa de Enfermagem do SMI reconhece a necessidade da palavra de encorajamento, oportuna e esclarecedora da situação, e se preocupa em compreender a ansiedade sentida pela família do doente. Neste sentido, e atendendo aos padrões de qualidade nos cuidados prestados, verifica-se a preocupação de garantir, aos doentes e seus familiares, informações suficientes que permitam o controlo das suas preocupações, medos e inseguranças.

Como forma de pôr em prática os conhecimentos já adquiridos neste estágio, propus ao meu tutor cuidar de um doente e fazer com ele um estudo de caso. Foi realizado com uma doente com síndrome do compartimento abdominal por úlcera duodenal perfurada, com peritonite biliar secundária. Assumi, como estratégia específica, a descrição, a compreensão e a explicação da patologia, com fundamento científico. Estabeleci um plano de cuidados com identificação de diagnósticos, planeamento de intervenções, implementação de cuidados e posterior avaliação dos resultados, de forma a garantir-lhe a excelência dos cuidados prestados, durante o período que cuidei dela.

O combate às infeções associadas aos cuidados de saúde tem sido uma prioridade nas instituições de saúde. Nesta realidade concreta, esse combate é uma ordem, por ser considerado um dos serviços com maior risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), não só pela fragilidade em que se encontram os doentes, mas e sobretudo, pelos inúmeros dispositivos invasivos utilizados no tratamento e no cuidado (DGS, 2017). Por isso mesmo, em todos os cuidados efetuados tive em atenção a prevenção de IACS. Saliento o uso diário do feixe de intervenções de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central, assim como o feixe de intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação, por serem dispositivos que requerem cuidados mais frequentes neste serviço. Procurei participar ativamente na utilização destes *bundles*, avaliando a prática de cuidados de Enfermagem dos colegas, enquanto o tutor avaliava a minha prática e cuidado.

Nesta realidade, a maior lacuna que encontrei diz respeito ao cuidado na dimensão da espiritualidade.

Todas as atividades desenvolvidas, no âmbito deste estágio me permitiram conhecer melhor as últimas evidências científicas e aprofundar conhecimentos e me possibilitaram, simultaneamente, a troca de conhecimentos e de experiências com os meus tutores que demonstraram grande receptividade e disponibilidade para acolher as minhas inseguranças. Esta experiência me proporcionou maior segurança na tomada de decisões, em momentos de situação urgente e emergente que ocorrem no serviço onde trabalho e uma maior sensibilidade na antecipação de situações de instabilidade clínica. Pois, ser especialista requer competências específicas, domínio dos conhecimentos e grande capacidade na sua aplicação.

## 1.2 - ESTÁGIO MÓDULO II: SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU)

As competências podem ser definidas como a capacidade de incorporar e conciliar os três domínios do saber: o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser, de modo a atuar com maior segurança, em situações complexas. Não resultam apenas da totalidade dos saberes, mas também da combinação dos domínios do saber, já que cada um se modifica na relação com os outros.

Dei início a este estágio no dia 5 de setembro. Neste dia, fui recebida pela enfermeira de referência do serviço. Por se encontrar muito ocupada, fiquei a cargo de um dos enfermeiros mais antigos no serviço a quem, informalmente, falei dos meus objetivos do estágio em geral, das minhas expectativas e da minha formação pessoal, entre outras coisas.

Após este contacto, foi-me mostrado o serviço e fui informada sobre alguns procedimentos, concretamente o percurso para os vestiários. Posteriormente, fui apresentada ao enfermeiro coordenador da equipa, pela enfermeira responsável pela supervisão clínica, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e à coordenadora da equipa onde fui integrada, para realização do estágio. Depois, fui entregue ao enfermeiro tutor que é, também, especialista em EMC.

Inicialmente procurei conhecer a estrutura do serviço, de modo a compreender a sua dinâmica e funcionamento. Sendo este um serviço com muita imprevisibilidade, rapidamente, exigiu de mim uma gestão e organização rápida e metódica.

O contacto do enfermeiro com o doente é muito rápido, por causa do número dos doentes que recorrem ao SU. Nesta realidade, é exigida aos enfermeiros agilidade e objetividade, ou seja, capacidade de tomar decisões rápidas, tendo em conta as prioridades de cada doente.

A pessoa que recorre ao serviço de urgência, normalmente, encontra-se num processo de transição saúde-doença, processo este que, pelo seu potencial de instabilidade e fragilidade é geradora de *stress* e ansiedade, tanto para o doente como para a sua família, exigindo, da parte dos enfermeiros, uma intervenção que permita a sua recuperação emocional.

Parece-me importante falar um pouco sobre o meu tutor, pela sua vasta experiência em SU, como enfermeiro generalista, posteriormente enfermeiro especialista, e ainda como enfermeiro da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

(VMER), onde exerce também funções de coordenador. Fez parte da equipa de emergência intra-hospitalar, enquanto esta valência era exercitada pelo SU, e é formador no sistema de Triagem de Manchester. É um enfermeiro com visão de futuro, empenhado na excelência dos cuidados, trabalhador e dinâmico. Acolheu-me com agrado e com vontade de me ajudar a cumprir os meus objetivos específicos. Partilhei verbalmente e entreguei por escrito um pequeno dossier com a informação necessária, para orientação e avaliação do meu estágio, assim como o meu projeto de estágio. Foi num turno, em que o tutor me deu liberdade, para observar a prática de Enfermagem exercida pelos colegas, nas diversas áreas. Foi com muito agrado que percebi que estava a ser muito bem acolhida e que teria possibilidade de concretizar os meus objetivos, pondo em prática o que aprendi nas aulas teóricas, e adquirindo competências como especialista, na área Médico-Cirúrgica.

Os primeiros turnos foram dedicados ao conhecimento do espaço físico, para me familiarizar com os circuitos e os espaços e para identificar os locais dos materiais e dos equipamentos. Consultei normas e protocolos de atuação existentes e observei a dinâmica das equipas que me acolheram durante o processo de formação, por forma a integrar-me gradualmente e a desenvolver capacidades que me facilitaram a prestação de cuidados, salvaguardando sempre a qualidade e a segurança dos doentes.

Procurei envolver-me na equipa multidisciplinar, demonstrando a minha disponibilidade, curiosidade e proatividade, na prestação de cuidados ao longo dos turnos, de uma forma gradual e ativa. Ter uma boa integração é o caminho perfeito e facilitador para uma prestação de cuidados de excelência e considero ter feito uma rápida integração nas equipas multidisciplinares, com a ajuda e colaboração de todo o pessoal, tanto dos enfermeiros como dos auxiliares, bem como do meu tutor.

A minha curiosidade era perceber como funciona a “porta de entrada” dos doentes, ou seja, o gabinete de Triagem de Manchester e os cuidados com os doentes críticos, na sala de emergência.

A Triagem de Manchester (TM) é da responsabilidade dos enfermeiros. A sua prática cabe, apenas, aos enfermeiros com formação na área (formação do Grupo Português de Triagem e/ou formação dos experientes da instituição). Consiste em procedimentos específicos, nos quais a queixa principal do paciente é atribuída a um dos 50 diagramas de fluxo. Cada um destes fluxogramas usa discriminadores chave para determinar a categoria de triagem (Cristo, et al., 2010)

Pelo facto de este sistema impor a abordagem sistematizada da situação, o enfermeiro depara-se, por vezes, com situações de doentes com necessidades às quais não pode dedicar o tempo que acha necessário, por existir um *timing* no atendimento e na triagem dos doentes. Daqui resulta alguma insatisfação, quer por parte dos profissionais de saúde quer por parte dos doentes, mas o cumprimento do fluxograma a isso obriga.

Os sistemas de triagem são ferramentas essenciais para a implementação de unidades de emergência, pois permitem gerir, com segurança e rapidez o fluxo de pacientes, de acordo com a prioridade clínica, de modo a melhorar o atendimento dos doentes.

O Sistema de Triagem de Manchester (MTS) é um algoritmo de triagem de cinco níveis baseado em fluxogramas gerais e sintomáticos e em discriminadores para determinar o nível de urgência (Leeb, et al., 2021). Tem como objetivo fornecer a melhor assistência clínica àqueles que se encontram em maior urgência ou necessidade e garantir que os recursos sejam aplicados eficazmente para este fim (Santos, et al., 2013).

Cada nível de urgência está associado a um tempo de espera máximo: imediato (0 min), muito urgente (até 10 min), urgente (até 60 min), padrão (até 120 min), e não urgente (até 240 min) (Zachariasse, et al., 2017).

<u><b>COR</b></u>	<u><b>SITUAÇÃO</b></u>
<i>Vermelho</i>	<b>EMERGENTE</b>
<i>Laranja</i>	<b>MUITO URGENTE</b>
<i>Amarelo</i>	<b>URGENTE</b>
<i>Verde</i>	<b>POUCO URGENTE</b>
<i>Azul</i>	<b>NÃO URGENTE</b>

*Tabela 1: Tabela de prioridade nas urgências.*

Atribui-se ainda o Branco para situações não compatíveis com SU, ou seja, para doentes marcados antecipadamente, para técnicas programadas, como repetição de algum exame ou realização de pensos e, também, para os doentes que vêm para ser internados. É uma prática habitual neste serviço que eu considero uma má prática de gestão de mesmo, tendo em conta o número de doentes que a ele recorrem. Os profissionais acabam por se ocupar com situações que poderiam ser tratadas noutras unidades de saúde, se houvesse um bom encaminhamento dos doentes. Devido à

escassez de profissionais para o vasto número de doentes que recorrem a este SU, torna-se muito difícil dar resposta a tanta procura.

Durante este percurso, passei por todas as áreas de trabalho: sala de emergência, área amarela, área cirúrgica e área laranja; os verdes e os azuis são tratados na área amarela.

O SU funciona numa instalação nova, feita de raiz e bem estruturada. O problema maior é a falta de pessoal, para o cuidado da grande quantidade de doentes que recorrem a este serviço. A falta de pessoal acaba por fazer despender muito esforço físico, o que tem como consequência a pouca vigilância no cuidado e no tratamento dos doentes. Esta situação dá origem ao não cumprimento de todos os cuidados de prevenção de infeções hospitalares e à execução de procedimentos de Enfermagem sem a devida segurança, potenciando o “erro clínico”.

Os erros na qualidade dos cuidados de saúde e na segurança dos doentes têm dado origem a discussões cada vez mais noticiadas pelos meios de comunicação social (jornais, revistas, televisão, internet, etc), exigindo dos enfermeiros mais empenho, dedicação e excelência na prestação dos cuidados.

Os erros derivam de falhas na execução de uma ação planeada ou no desenvolvimento incorreto de um plano. Manifestam-se na prática da uma ação errada ou por não se conseguir praticar a ação correta, quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução (OMS, 2011).

Nos cuidados de saúde, os erros são cometidos por profissionais de saúde e resultam no prejuízo do paciente. Incluem erros no diagnóstico, erros na administração de drogas e outros medicamentos, erros na execução de procedimentos cirúrgicos, no uso de outros tipos de terapia, no uso de equipamentos e na interpretação de resultados laboratoriais (Saúde, 2018).

Para a melhoria na prestação dos cuidados, torna-se imperativo que os erros/eventos adversos sejam identificados, analisados, avaliados e controlados, através de medidas corretivas, recorrendo a uma política de gestão de risco e não de punição. Uma eficaz e consistente política de gestão de risco assegura e promove a segurança e qualidade dos cuidados bem como uma maior eficácia na utilização dos recursos, revelando-se uma excelente oportunidade para aprender com os erros.

Colaborei na prestação de cuidados aos doentes, nomeadamente, na administração de terapêuticas e nos cuidados de conforto, dentro das possibilidades que

o espaço físico oferecia e tendo em conta o número de enfermeiros e a quantidade de doentes a ser tratados e cuidados.

Foi ainda possível o contacto com sistema Alert. É um *software* de aplicação informática direcionado para os serviços de saúde. O Alert Edis é a versão existente no SU. É uma tecnologia baseada em ícones que a tornam intuitiva; integra e regista as atividades em tempo útil. O acesso é efetuado por autenticação biométrica e permite a informatização do fluxo de trabalho, integrando as atividades e registos clínicos dos profissionais. A identificação do doente pode ser feita através de um código de barras, podendo incluir também uma fotografia do mesmo.

Neste SU não há registos em formato de papel, pois todo o processo do doente está devidamente informatizado, o que torna mais fácil a consulta do registo histórico do doente.

Uma das desvantagens que encontrei neste sistema informático foi a falta de campo que permita registar a prestação de cuidados autónomos de Enfermagem, ou seja, não há onde registar diagnósticos e intervenções. É uma lacuna no sistema e, muitas vezes, o SU acaba por manter os doentes internados nas diferentes áreas, por mais de três ou quatro dias, com exceção da sala de emergência, por falta de lugar no internamento.

Por falta de tempo e escassez de enfermeiros, muitas vezes, não é possível o cumprimento de algumas intervenções autónomas de Enfermagem: posicionamento dos doentes acamados, em tempo regular, cuidados de higiene e conforto, entre outros... Se houvesse um campo para estes registos de Enfermagem, automaticamente, ficaria registado também o seu não cumprimento. A ausência destes registos impossibilita a demonstração da sua importância, a necessidade do aumento de profissionais, bem como a análise da qualidade dos cuidados prestados.

Um conjunto nuclear de dados pode gerar uma série de dados que, quando recolhidos de forma sistemática, serve para a análise do ambiente de cuidados: recursos, cuidados, intervenções e resultados de Enfermagem (OE, 2011).

Colaborei na prestação de todos os cuidados de Enfermagem previstos neste serviço. Na realização dos cuidados de higiene, pude perceber que o serviço carece de meios para uma execução otimizada desta intervenção, que é crucial no processo de cuidado. Também constatei que muitos doentes têm um padrão de higiene baixo, ou seja, têm comprometido o seu autocuidado, quer por dificuldades sociais quer pela condição patológica em que se encontram.

O autocuidado é um foco de Enfermagem definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2, como uma *atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas íntimas e as atividades da vida diária*. Nos doentes internados no SU, o autocuidado é um problema no que se refere à atuação dos enfermeiros que se sentem constrangidos por não haver meios adequados para a execução desta intervenção, considerada uma necessidade básica, muito por causa da conjuntura estrutural do serviço que não oferece meios para a sua realização.

Segundo Wolf (1993), o banho, por exemplo, é mais do que uma atividade, repetitiva e estandardizada, exigida pelas regras de Enfermagem, como essencial. Este cenário aparece no cotidiano da prática de Enfermagem como foco de atenção com significado, tradição, crenças e valores relevantes, para a nossa prática como modelo de prestação de cuidados implícita.

Várias teorias demonstram a importância dos cuidados de higiene, em benefício do corpo e da saúde. Já Florence Nightingale defendia que a associação do sabão à água quente faz uma combinação favorável à limpeza, tanto do corpo como do ambiente. Acentuava assim a importância da higiene do corpo e do banho, no restabelecer da saúde, do conforto e do alívio, concedendo-lhe, além da limpeza, a característica de o tornar “puro”, porque a pele sem ser lavada “envenenava” o doente (Potter, 2018).

Ao longo dos tempos, a literatura sobre os cuidados em Enfermagem tem-se preocupado com a manutenção e a assistência dos cuidados na prática, acentuando que, quem cuida, não pode limitar-se a prestar ao doente cuidados de reparação, para tratar a doença, mas sim, associar-lhe os cuidados quotidianos e habituais de vida, com todas as suas necessidades, já que o interesse em curar a doença não pode colocar de lado o interesse pela pessoa que necessita dos cuidados de Enfermagem (Collière, 1986).

Citando Collière (1989) que refere o autocuidado como “cuidados quotidianos e habituais ou cuidados de sustento e manutenção da vida”, também eu considero o cuidado de higiene como um dos cuidados primordiais para a manutenção da saúde, uma área fundamental de resposta no cuidado de Enfermagem, pois é uma necessidade humana básica, imprescindível para o estado de vida saudável. Por isso mesmo, debati o assunto com o coordenador da nossa equipa. Também ele considera muito importante e crucial o cuidado de higiene na manutenção da saúde e da vida humana. Referiu que o constrangimento das respostas dos serviços é que ocasionam e proporcionam internamentos no SU, mas aceitou o meu reparo. Apesar de saber que a mudança não

depende dele, achei pertinente abordar o assunto, por forma a alertá-lo para a importância do cuidado de higiene na manutenção da saúde.

Ao cuidar doentes do foro respiratório, tive sempre em atenção os parâmetros gasométricos, dado que estão diretamente relacionados com a perfusão cerebral.

Considera-se insuficiência respiratória aguda qualquer alteração significativa das trocas gasosas basais que ocorra de forma relativamente rápida e que possa constituir risco de vida. Nestas situações, para além de atenção à pressão parcial de CO<sub>2</sub> procurei ter também atenção ao valor da pressão parcial de O<sub>2</sub>, com o objetivo de prevenir as situações de hipoxia e evitar a lesão cerebral isquémica (Carneiro, et al., 2011).

Tive, ainda, a oportunidade de perceber o funcionamento da Sala de Emergência e as responsabilidades do enfermeiro alocado na mesma. É uma sala ampla, localizada próximo da entrada do serviço de urgência. É dedicada, única e exclusivamente, à receção, estabilização e reanimação do doente crítico, como preconizado pela *guedline* sobre o serviço de urgência. Cabe ao enfermeiro responsável pela sala fazer a *check list* de toda sala, assim como testar os desfibriladores e os ventiladores e a preparação dos fármacos para a emergência.

Todas as situações de emergência são previamente comunicadas ao SU e é aberta a porta de entrada que permite o acesso rápido à sala. A via verde AVC (*acidente vascular cerebral*) está disponível no SU para todos os doentes com sinais de AVC, permitindo a sua entrada direta na sala de emergência, para que cumpra o protocolo.

Nestas situações, o melhor contributo que se pode dar é não só perceber todo o processo da Via Verde, mas também demonstrar capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar.

Colaborei em todos os procedimentos relacionados com a sala de emergência e tive a oportunidade de fazer abordagem a muitos doentes, em situação de emergência. Registo uma doente trazida ao SU pela VMER, com doença coronária prévia agudizada. Em colaboração com o meu tutor, que neste dia era o responsável pela sala de emergência, fez-se uma avaliação sistematizada e sistemática da doente, sempre em diálogo e troca de experiências.

Monitorizamos a doente, colocamos os acessos venosos periféricos, administramos os fármacos (morfina, furosemida, heparina de baixo peso molecular, dinitrato de isossorbida (isoket) em perfusão, oxigénio) e foi algaliada. Posteriormente, foi transferida para a unidade coronária. Com estes procedimentos, apliquei na prática os conhecimentos adquiridos na teoria.

Tive oportunidade de participar no cuidado de doentes em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), colaborando diretamente no Suporte Avançado de Vida (SAV). Da mesma forma, colaborei, várias vezes, no cuidado de doentes com dificuldade respiratória, no contexto de insuficiência cardíaca congestiva. Procedia-se à cateterização periférica, à monitorização, à administração dos fármacos, à estabilização do doente e à sua transferência para a área laranja do SU. Nas situações em que a estabilização foi mais difícil, os doentes foram transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

Uma boa integração na equipa multidisciplinar e o conhecimento físico do SU permitiram-me alguma fluidez, para colaborar e intervir, de forma positiva, em todas as áreas, na tentativa de ajudar a melhorar os cuidados. Através do diálogo, fui mostrando aos elementos da equipa a importância do trabalho em equipa, pois apercebi-me, rapidamente, que não havia muito sentido de equipa nem muito interesse no trabalho conjunto. E há conflitos interpessoais que precisam de ser resolvidos porque o trabalho em equipa é fundamental para a excelência de cuidados.

Nos cuidados de saúde, o trabalho em equipa consiste na organização conjunta das práticas, para uma resposta eficaz às necessidades. Conseguir trabalhar em equipa multidisciplinar é fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e para a segurança e a satisfação dos doentes e dos profissionais envolvidos ( Adams , et al., 2014).

No exercício de Enfermagem, o trabalho em equipa visa diminuir a fragmentação dos cuidados e as conseqüentes dificuldades de respostas, em ordem ao cuidado integral.

A proposta do trabalho em equipa tem sido veiculada como um processo, uma estratégia, para enfrentar os intensos procedimentos de especialização e alcançar a excelência, nos cuidados de saúde. Visa aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção, em aspetos individualizados e sistematizados, das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (Peduzzi, 2001).

No trabalho de equipa e nas interações que buscam o entendimento, a ação comunicativa rege-se por normas consensuais, funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, livre de toda a coação interna ou externa, e baseia-se em três exigências ou expectativas: a verdade proposicional que se manifesta na correspondência dos factos observados na realidade; a correção normativa referente à esfera da ética, dos valores e das normas sociais; e a autenticidade expressiva que

corresponde à subjetividade dos interlocutores e à confiança e sinceridade expressas nas relações intersubjetivas (Habermas, 2003).

A excelência no trabalho de equipa requer uma boa comunicação, ou seja, uma boa interação, através da qual as pessoas envolvidas se põem de acordo, para coordenar os seus planos de ação (Habermas, 2003).

Um bom trabalho de equipa permite vigilância, observação, colheita e procura contínua de dados, de forma sistémica e sistematizada, com o objetivo de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar aos doentes uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. A excelência no cuidado aos doentes críticos exige competências, uma boa coordenação e trabalho de equipa. Neste serviço existem muitos conflitos e isso impede um trabalho de equipa de excelência, uma interação entre os diferentes pares, uma comunicação boa e fluída que possa refletir uma tomada de decisão conjunta e uma articulação dos procedimentos e intervenções, tanto as independentes/autónomas como as interdependentes. Um excelente trabalho de equipa produz menos desgaste físico e psicológico, rentabiliza o cuidado e torna a sua execução mais segura.

Saliento ainda o enriquecimento teórico e prático adquirido, na aplicação do SAV, na partilha de experiências e sobretudo, na possibilidade de aplicar conhecimentos adquiridos na teoria, assim como a oportunidade de colaborar para a melhoria, no sentido de um cuidado holístico, dinâmicas que me enriqueceram, como pessoa e como profissional.

Por ser um serviço grande e com muita afluência, achei importante perceber as saídas de emergência, em caso de catástrofe. A catástrofe é, sem dúvida, uma situação pela qual nenhum profissional gostaria de passar, não só pela falta de treino, como pelo esforço físico e psicológico que acarreta. E foi-me apresentado o plano. Contudo, em diálogo com alguns colegas, percebi que não têm conhecimento desse plano de atuação, o que considero lamentável. O conhecimento de um plano deste género é muito importante, em ordem a uma atuação segura, em caso de catástrofe. Por isso, ajudei os colegas que mostraram interesse, a encontrar o plano e a tomar contacto com o mesmo. Outros colegas, apesar de dialogarmos sobre o assunto e sobre a importância do plano de atuação, não mostraram interesse em saber onde encontrar esse documento.

O cuidado aos doentes que são vítimas de trauma foi outro dos objetivos que me propus atingir neste estágio. O trauma é uma das principais causas de mortalidade e morbidade dos tempos modernos. E Portugal aparece na liderança das estatísticas, por

causa da grande sinistralidade rodoviária, do consumo de álcool em excesso, do défice nos níveis de proteção laboral e de outros défices culturais enraizados (Silva, et al., 2014).

Tive oportunidade de cuidar de uma vítima de trauma, na sala de emergência. Realizou-se a avaliação primária que tem por objetivo *identificar e tratar, num modelo estruturado, as lesões que podem constituir risco de vida imediato*; depois, a avaliação secundária *que tem por objetivo fazer a revisão, o registo sistemático dos dados da anamnese e exame objetivo, assegurar a colheita de produtos para estudo laboratorial, a execução de exames auxiliares prementes e a estratificação das funções major* (Carneiro, et al., 2011); por fim, com base nos dados recolhidos, a equipa multidisciplinar avaliou a necessidade de uma intervenção cirúrgica, priorizando-a, sendo o doente, posteriormente, transferido para o bloco operatório.

Os doentes de trauma são uma presença constante no SU, pelo que, tive a oportunidade de colaborar tanto na abordagem, como na manipulação e no tratamento dos mesmos e na sua transferência para o bloco operatório ou para outro serviço mais adequado, a fim de manter ou elevar o nível de cuidados, atendendo à situação de cada doente e às necessidades terapêuticas que apresenta ou poderá vir a apresentar.

Muitas vezes, os doentes traumatizados entram imediatamente para a sala de emergência, dependendo da gravidade do seu estado. O mais frequente é o choque hemorrágico ou hipovolémico definido como perda excessiva de sangue que provoca a diminuição do volume intravascular e leva à insuficiência no preenchimento vascular e, conseqüentemente, à diminuição do débito cardíaco (Silva, et al., 2014).

A diminuição de volume sanguíneo manifesta-se através da hipotensão que, por sua vez, estimula a resposta do Sistema Nervoso Simpático, com libertação de catecolaminas, o que leva a vasoconstrição periférica e ao aumento da frequência cardíaca (Carneiro, et al., 2011). A abordagem destes doentes, na sala de emergência, passa, principalmente, pela correção da hipotensão arterial, através do preenchimento adequado do volume intravascular.

O facto de ter participado, muitas vezes, no cuidado dos doentes emergentes (sala de emergência) considero ter sido uma mais-valia, no que concerne à minha aprendizagem e ao alcançar dos meus objetivos, porque me permitiu mobilizar os conhecimentos teóricos e realizar várias pesquisas, de modo a contribuir, com maior segurança, na prestação de cuidados ao doente crítico.

Neste período, deparei-me com muitas situações constrangedoras. Apesar de haver para cada cor da triagem um tempo mínimo de espera, muitas vezes isso não se verifica. Para serem atendidos pelo médico, há doentes com tempos de espera superiores a cinco e seis horas, o que é inconcebível. E esta situação tem gerado até episódios de violência no SU.

Os atrasos são causados pelo número reduzido de médicos destacados para o atendimento de uma grande quantidade de doentes, e o mesmo se diga em relação aos enfermeiros. Assisti, pessoalmente, a situações, em que os doentes, cansados de esperar, agrediram enfermeiras, com bofetadas. Como esperam muito tempo, pensam que as enfermeiras dão prioridade a doentes que chegam depois e não se conformam com isso.

Segundo Reichert (2017) a violência ocupacional é um exercício de força contra um trabalhador, causando ou não danos físicos, ou o abuso verbal e o *bullying*, que resultam em problemas psicológicos e emocionais.

Na sua revisão bibliográfica, o Pedro, et al., (2017), refere que a violência no trabalho pode ser caracterizada em três âmbitos: violência interna, violência provocada pelo doente e violência externa.

A violência externa é provocada por pessoas totalmente desconhecidas. Normalmente acontece, com maior probabilidade e gravidade, nas áreas com alarmante atividade de tráfico, crimes e consumo de drogas. É nomeada de “externa” por ocorrer durante ações de promoção da saúde nas ruas, nos domicílios e na comunidades e também em atendimentos móveis de urgência e emergência.

A violência provocada pelo doente que é atendido nas dependências hospitalares é, geralmente, exercida em relação aos profissionais de saúde, devido à diversidade de pessoas atendidas nos diferentes âmbitos do cuidado hospitalar, com maior incidência nas urgências, onde aparecem pacientes com patologias diversas: psiquiátricos, criminosos, dependentes químicos, embriagados, oncológicos, etc., além dos familiares que, muitas vezes, também reagem de forma desequilibrada ( Pedro, et al., 2017).

A violência interna acontece entre os colaboradores da mesma organização, ou seja, entre os funcionários do mesmo estabelecimento de saúde. Quando a violência interna parte de um dos superiores, hierarquicamente falando, é chamada de abuso de poder, abuso de autoridade e assédio moral de administradores, gestores, coordenadores, diretores, supervisores etc. Mas também pode acontecer entre o pessoal do mesmo setor ( Pedro, et al., 2017).

São múltiplos os fenómenos que causam episódios de violência, incluindo aqueles que culminam em agressões, por questões relacionadas com revoltas sociais ou por falhas no atendimento do serviço de saúde pública (falta de estrutura, falta de medicamentos, falta de recursos humanos, demasiado tempo de espera...).

Verifiquei também que, neste serviço, a falta de pessoal, tanto médico como de Enfermagem, potencia muito a falta de segurança no cuidado dos doentes. Segundo a OMS, a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente (DGS, 2021). Por vezes, deparamo-nos com doentes fora da área onde estão alocados.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) 2021, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, as causas que provocam falta de segurança são: falta de implementação de cultura de seguranças, nas instituições; falta de liderança e de governança; falta de comunicação; falta de prevenção e de gestão de incidentes de segurança do doente; falta de práticas seguras, em ambientes seguros.

Uma das áreas que requer uma atenção relevante, na nossa prática de Enfermagem, e que algumas vezes é descurada é o processo da algaliação. Tratando-se de um procedimento estéril, às vezes é executado como procedimento limpo. Abordei o assunto com o meu tutor, que me garantiu, que iria propor uma formação sobre este tema, de forma a reforçar a nossa responsabilidade na execução de procedimento.

A infeção do trato urinário é uma das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a mais frequente, na maioria das instituições. Cerca de 80% dos casos estão associadas ao cateter vesical. Fala-se muitas vezes de infeções associadas aos cuidados de saúde, e assusta-nos encontrar profissionais que não executam os procedimentos com o devido rigor.

Tendo em conta o índice de envelhecimento populacional, na maioria das vezes, estes doentes são idosos, com várias comorbilidades e com necessidade de mais cuidados, o que faz com que um procedimento destes, não devidamente executado, aumente ainda mais a sua vulnerabilidade e provoque mais um diagnóstico de Infeção do Trato Urinário (ITU).

Daí a importância da execução de procedimentos, segundo as normas e os protocolos, de modo a evitar-se as IACS's. Esta infeção é definida como um dos “eventos adversos mais frequentes associados à assistência à saúde e um grave problema de saúde pública, pois aumenta a morbilidade, a mortalidade e os custos a elas

relacionados, além de afetar, de forma negativa, a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde” (Lobão, et al., 2016).

As IACS's constituem uma das maiores complicações no cuidado de saúde, com um peso muito significativo em termos de morbidade, mortalidade e custos. Entre todas as IACS's, a infecção urinária constitui um grave problema de saúde pública e é a causa principal de elevado número de internamentos e, conseqüentemente, da maior taxa de morbidade e mortalidade (Zingg, et al., 2015).

O diagnóstico de infecção do trato urinária relacionada com a algaliação pode ser sintomático ou assintomático. A ITU sintomática

*“é a presença de sintomas clínicos como febre, arrepios e leucocitose, disúria, polaquiúria, hiperestesia suprapúbica atribuídos às vias urinárias e associadas a bacteriúria significativa. É necessário ter presente que a infecção nos idosos nem sempre se manifesta com febre. Nas crianças a infecção pode manifestar-se com hipotermia, letargia ou vômitos. As complicações principais são a bacteriemia e choque séptico. Outras complicações incluem a prostatite, epididimite e orquite nos homens e, menos frequentemente, endocardite, osteomielite vertebral e artrite séptica (Lobão, et al., 2016)”.*

A algaliação, por ser considerada um procedimento invasivo e que acarreta o risco de ITU, é recomendada só em última análise, ou seja, quando for estritamente necessário, considerando os métodos alternativos ao dispor (cateterização intermitente, dispositivo urinário externo, cateterização suprapúbica e fralda) (López , et al., 2012).

Outro componente potenciador de falhas neste serviço é a falta de uma boa comunicação entre os pares. Por vezes, existem erros que seriam facilmente contornáveis se houvesse uma comunicação efetiva entre todos. Uma comunicação efetiva é essencial *ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde* (OMS, 2011).

Como esta era uma preocupação minha e da colega da especialidade, que esteve comigo no estágio, ela prontificou-se a organizar uma formação neste âmbito de segurança, desafiando a que fossem notificados todos os incidentes que possam por em causa a segurança do doente, com o intuito de promover a aprendizagem com o erro e a conseqüente implementação de ações de melhoria, numa cultura de não repreensão, punição, humilhação de quem erra, mas de melhoria contínua, e de proteção de quem notifica (OMS, 2011).

Por si só, o SU é uma realidade muito confusa. E este serviço, ainda mais, pela sua amplitude geográfica abrangente e pelo número de doentes que a ele recorrem diariamente. Daí a importância de um cuidado de saúde otimizado, nomeadamente no que respeita à qualidade e à segurança. É de suma importância a existência de recursos humanos e materiais que permitam a implementação de um cuidado de saúde seguro e de qualidade (a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde e sua formação, a organização de trabalho, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos), pois a sua falta condiciona a existência de ambientes seguros. Falar da segurança é o mesmo que falar da qualidade da prestação de cuidados.

Segundo a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020:

*“a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (Saúde, 2015)”*.

E, ainda, define a qualidade no cuidado da saúde como:

*“prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, permitindo a adesão e satisfação do cidadão, através da adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Transversalmente, exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, está intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde (Saúde, 2015)”*.

Segundo Demo et al., (2018), não existem organizações sem pessoas. A dimensão humana assume um papel primordial na estratégia e na gestão de qualquer estrutura organizacional. Ela constitui uma fonte de competência organizacional na qual é imprescindível a existência de uma boa política de gestão de recursos humanos e uma boa liderança.

O conceito de liderança de Blanchard enfatiza a relação, entre líder e operacionais, como “a capacidade de influenciar os outros ao ativar o potencial e o poder de pessoas e organizações, em nome de um bem maior”, por outras palavras é a capacidade de motivar (Blanchard, 2018).

Nas equipas de saúde, cabe ao líder promover a compatibilidade e a consistência dos requisitos individuais da restante equipa com os objetivos organizacionais bem definidos. Porque as pessoas motivadas para o trabalho são capazes de elevados níveis de esforço, para atender aos objetivos da organização e, simultaneamente, às suas

próprias metas. Assim sendo, é essencial manter os colaboradores com elevados níveis de motivação. Para que isso aconteça, o líder tem de ser capaz de criar um ambiente de trabalho com objetivos compatíveis com os motivos ou as necessidades específicas da restante equipa, tendo em conta a individualidade e expectativas de cada pessoa. O autor descreve a motivação como sendo a justificação do comportamento ou, de outra forma, como a necessidade de cada um se impulsionar e capacitar para a execução de determinada ação (Blanchard, 2007).

O gestor do SU é um líder pouco presente e a equipa mostra-se muito insatisfeita com o seu trabalho e falta de diálogo e de escuta. Percebi que a sua comunicação com a equipa é feita através dos enfermeiros coordenadores, com os quais reúne uma vez por mês, exceto nos meses de julho e agosto (período de férias).

A boa gestão é uma área implícita na prestação dos cuidados de qualidade, porque permite uma boa organização e a racionalização dos recursos humanos e materiais. É uma área em que tenho experiência, pelo cargo que ocupo no meu local de trabalho. A minha prática, permite-me, a nível pessoal, o desenvolvimento de estratégias e competências que possibilitam uma gestão melhorada de cuidados; a nível da equipa de Enfermagem e equipa multidisciplinar, permite-me uma melhor colaboração, no desempenho dos cuidados.

O enfermeiro coordenador de equipa no SU assume as funções delegadas pelo enfermeiro gestor e gere os cuidados de Enfermagem, tendo em conta os recursos disponíveis. Tive a oportunidade de participar nalgumas destas funções, principalmente, na do enfermeiro coordenador, dado que o meu tutor também desempenha o cargo de coordenador da sua equipa.

Sinto que é meu dever evidenciar o grande esforço e o espírito de sacrifício e de doação dos enfermeiros coordenadores, no desempenho das suas funções. Suponho que o empenho e o desempenho dos enfermeiros coordenadores deva ser um grande desafio, uma vez que, algumas vezes, têm de trabalhar com equipas desmotivadas. A motivação é uma ferramenta fundamental, em ordem a um melhor desempenho profissional, em todas as atividades dinâmicas e de alta especificidade, como é o caso das equipas, nos serviços de saúde, precisamente para que a gestão dos cuidados de Enfermagem possa ser sempre elevada a um patamar de excelência.

Neste contexto, falar de privacidade é um dos assuntos mais difíceis, porque, pela conjuntura do serviço, o seu cumprimento torna-se muito difícil. Tendencialmente, nos corredores, abordam-se, com os doentes, assuntos de extrema privacidade, desde a

comunicação de resultados analíticos até aos motivos pelos quais o doente precisa de ir ao bloco operatório ou de ficar internado, por exemplo. Muitas vezes, por dificuldade de encontrar um cantinho seguro e com alguma privacidade, os doentes são despídos das suas vestes, nos corredores das áreas, e são colocadas aparadeiras nos corredores. Considero estas situações como um grande desrespeito pela dignidade da pessoa humana.

Por força de constrangimentos físicos e organizacionais do SU, nem sempre me foi fácil assegurar a privacidade e a intimidade da pessoa doente; mas tive sempre em atenção esta questão. Procurei garantir sempre condições que permitissem o respeito pela privacidade dos doentes, como, por exemplo: cobrir as partes do corpo que não precisam de ficar expostas; tirar um doente da sua *box* e colocar o outro para o mudar de roupa, caso necessário; limitar a circulação de pessoas no serviço, aquando da prestação de cuidados de higiene ou da colocação de uma aparadeira, etc. Considero que os cuidados que procurei ter, na salvaguarda da privacidade e intimidade dos doentes, demonstram a minha prática, crítica e reflexiva, sobre o respeito pelos direitos humanos.

O artigo XII da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proposta pela ONU em 1948, já estabelecia o direito à não interferência na vida privada pessoal ou familiar dos doentes. No mesmo sentido, o Código Deontológico do Enfermeiro e o Código Deontológico do Médico dão diretrizes claras, no que se refere ao respeito pela privacidade e confidencialidade, nos cuidados de saúde. No Código Deontológico do Médico, capítulo V, artigos 68º a 70, e no Código Deontológico do Enfermeiro – Decreto-Lei 104/98, de 21 abril, artigo 85, encontra-se claramente referido o dever de sigilo profissional.

De forma resumida, o nosso código apresenta-nos a privacidade como limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, respeito pela sua intimidade, anonimato, autonomia e sigilo, (...) e ainda, como liberdade de não ser observado sem autorização. A confidencialidade é apresentada como garantia da preservação das informações dadas em confiança e como proteção contra a sua revelação (OE, 2005).

Nós, os enfermeiros, assumimos o dever de informar os doentes e a sua família, sobre as nossas intervenções. Tive o cuidado de o fazer sempre, mesmo nas situações de abordagem a doentes em situação crítica, porque considero muito importante que as pessoas saibam o que vou fazer e porquê, não só para a obtenção do seu consentimento, mas também, pela tranquilidade e confiança que essa atitude gera. Pela minha experiência neste campo do cuidar, sinto que, informar as pessoas dos procedimentos

que vamos realizar, tranquiliza-as e faz diminuir os fatores geradores de *stress* presentes tanto no doente como na família ou pessoa significativa, precisamente porque aumenta a confiança e a relação terapêutica e facilita a expressão de sentimentos.

A relação terapêutica promovida no âmbito de exercício profissional é caracterizada pela:

*“parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2012)”*.

Tive oportunidade de participar nas formações dadas em serviço e organizadas pela instituição, pois esse era também um dos meus objetivos. A primeira formação foi sobre a Via Aérea Difícil. Apesar de, no meu exercício de Enfermagem, lidar, muitas vezes, com situações de via aérea difícil, por trabalhar num bloco operatório, considero que esta formação foi muito oportuna e muito interessante. Pude conhecer algum material diferente do que se utiliza no serviço onde trabalho, como, por exemplo, um vídeo laringoscópio que se liga a um monitor, permitindo uma visualização maior e uma intubação mais segura.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o enfermeiro deve procurar, em todo o seu ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter atualizados os seus conhecimentos, através da formação permanente. Ora é esta procura constante, de mais saber para melhor cuidar, que me impulsiona a participar nas formações, *workshop* e congressos ligados à Enfermagem (OE, 2015).

Particpei, também, num *workshop* organizado pela VMER, em colaboração com vários regimentos de bombeiros da área, o pessoal do SU e o pessoal do *Instituto Nacional de Emergência Médica* (INEM). Foi intitulado “*Out of the Box*”. Partilharam as suas experiências e deram a conhecer a importância do trabalho de cada área, para se chegar à conclusão de que o todo é o resultado de várias partes. Foi um dia muito rico, em que pude partilhar a experiência de vida e de trabalho de cada área e de ver a atuação dos operacionais, através dos simulacros realizados. Foi interessante perceber todo o esforço, toda a doação e dedicação destes profissionais, no cuidado com as nossas populações. Só uma vida entregue totalmente ao serviço dos outros é capaz de viver tamanha doação, sacrifício, humilhação e serviço.

Com o intuito de adquirir sempre mais conhecimentos, a fim de melhor contribuir para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de Enfermagem,

procurei, com esforço e empenho, participar em todas as formações que decorreram, durante o período do meu estágio, no serviço.

Por fim, realizei uma formação sobre a Espiritualidade, no cuidado à pessoa em situação crítica: o fim de vida. Este era também um dos meus objetivos. Quando manifestei esta intenção ao meu tutor, apercebi-me logo do seu interesse em relação à temática, pois pediu que juntasse ao tema *fim de vida num serviço de urgência*. O fim da vida ocorre demasiadas vezes, num serviço de urgência, e é uma realidade com a qual, muitas vezes, não se sabe como lidar. Acatei o desafio e iniciei a minha pesquisa, no sentido de dar resposta ao seu pedido.

Com muito empenho e esmero, preparei a formação. Tracei um plano (ver apêndice 1), preparei os dispositivos (ver apêndice 2) e uma folha para a avaliação da sessão formativa (ver apêndice 3).

A sessão formativa teve a participação de 24 profissionais, entre enfermeiros e os auxiliares de ação médica. Todos elogiaram a pertinência do tema e da formação. Como abordei o facto de ser difícil concretizar o cuidado holístico, tendo em conta a logística do serviço e o deficit de pessoal, o tempo reservado ao esclarecimento de dúvidas transformou-se numa reunião em serviço, ou seja, todos aproveitaram para tentar resolver questões e dificuldades que tinham vivenciado nos seus serviços e para as quais ainda não tinham encontrado respostas nem orientações.

Com esta formação, procurei alertar os colegas para a adequada utilização dos recursos existentes em matéria de Enfermagem e propor, a todos, um exercício profissional de excelência que promova a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. De salientar que, na triagem de Manchester, não existe nenhum fluxograma que dê resposta às necessidades dos doentes em fim de vida, o que aumenta, ainda mais, a complexidade desta situação e sua abordagem.

Nota-se que vai crescendo o interesse sobre a espiritualidade no processo saúde/doença, devido ao seu potencial de proteção, em situações difíceis, como nos atendimentos de urgência e de emergência, que são apontados como causadores de stress, devido a suas características (Biondo, et al., 2017).

Vários estudos referem que a espiritualidade é apontada como necessária para doentes e familiares, principalmente em situações de fim de vida. Contudo a sua compreensão, no contexto de urgências e emergências, ainda é um desafio, por não ser

percebida como um cuidado prioritário e pelas dificuldades no trabalho dos serviços de saúde (Biondo, et al., 2017).

Os cuidados em fim de vida desencadeiam o aumento da dependência da pessoa doente e um elevado grau de necessidades, às quais é necessário dar resposta. Mas o tema da morte suscitou, desde sempre, muitas interrogações e mistérios, sobre os quais nenhum ser humano e nenhuma área de estudo consegue dar uma resposta cabal, apesar de se criarem conceitos e atitudes que permitam suavizar a angústia, acalmar a ansiedade, compensar a dor e vencer o temor da morte.

A morte é a condição de um ser vivente. O viver, assim como o morrer, faz parte do percurso de todo o ser vivo. Cabe a cada um encontrar a melhor forma de vivenciar este processo natural. Quando abordada devidamente, a espiritualidade contribui, em muito, para a satisfação dos doentes e das suas famílias, como provam muitos estudos (Biondo, et al., 2017).

Pelo testemunho dos formandos, percebeu-se que esta formação foi muito pertinente e elucidativa, no sentido de que ficaram mais despertos para a abordagem da espiritualidade, no contexto de cuidados de saúde em fim de vida. Referiram ainda que, neste serviço, há muito tempo que não tinha havido tanta adesão a uma formação, a ponto de pedirem a repetição da mesma, o que me deixou muito satisfeita, pelo esforço e empenho reconhecido por todos. Todos manifestaram o seu apreço pela formação e a decisão de a recomendar a outros, pela sua pertinência e importância no cuidado global dos doentes.

Senti-me muito satisfeita por ter conseguido atingir todos os objetivos traçados, no âmbito de EEMC, para este estágio. Considero ter contribuído para a melhoria da qualidade de cuidados no SU, ao nível da prestação de cuidados especializados e da qualidade a todos os doentes, com base na evidência científica neste contexto (ver apêndice 4).

Em relação ao projeto na sua globalidade, logo na primeira semana, atualizei o item: *observa e colabora na gestão de triagem em situações de multivítimas em contexto pré-hospitalar, se adequado*. De facto, esta estratégia não é aplicável neste serviço. Apesar de existir VMER no hospital, ele funciona de modo independente em relação à urgência.

Quanto a indicadores de processo e de resultado - *questionários aos enfermeiros do serviço, para determinar as necessidades formativas* - logo no diálogo com o meu

tutor percebi que seria muito difícil conseguir isto porque, habitualmente, não colaboram nos inquéritos, mesmo do serviço.

No que se refere aos objetivos específicos, às atividades/estratégias e às competências traçadas para este campo de estágio, sinto que foram todas atingidas positivamente, com o meu empenho, esforço e dedicação, bem como, com o empenho do meu tutor que me ajudou a atingi-los, proporcionando-me ocasiões e situações capazes de desenvolvimento de novas competências, fui alcançando o cumprimento dos meus objetivos.

Estou consciente de que a construção científica da Enfermagem e o cuidado holístico são um caminho longo, com um percurso que exige muito empenho de todos, muita desconstrução e reconstrução, especialmente na situação de cuidados em ambiente da urgência.

Trabalhar em SU requer a aplicação de um conjunto de conhecimentos muito abrangente que permita atuar em situações muito diversificadas, como acontece neste contexto, e a todos os níveis, tanto nas situações de urgência como de emergência. Vivem-se muitas situações imprevisíveis que exigem do enfermeiro, conhecimentos científicos atualizados, para se ser capaz de prestar cuidados de excelência e de qualidade em ordem ao restabelecimento e à manutenção da saúde dos doentes que a ele recorrem.

Por fim, uma palavra de apreço a todos os enfermeiros deste serviço que se empenham, diariamente, em dar uma resposta exímia em todas as áreas do cuidado, e são um importante motor de informação, de comunicação eloquente de Enfermagem e de contribuição para o bem-estar dos doentes que ali recorrem diariamente.

### **1.3 - ESTÁGIO MÓDULO III: PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (UL-PPCIRA)**

Com o lançamento da *World Alliance for Patient Safety* em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, como prioridade global, a segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade. Iniciou esta diligência na sequência de uma crescente preocupação internacional, em torno do dano evitável decorrente ou

associado aos cuidados de saúde. Daí para cá, já foram definidos três *Global Patient Safety Challenges* dirigidos a áreas de maior de segurança do doente, sendo uma delas a área das infeções associadas aos cuidados de saúde (Saúde, 2022).

Promover a segurança dos doentes é um dos maiores desafios dos profissionais de saúde, e a prevenção e controlo da infeção é uma das áreas mais importantes e de maior investimento. As boas práticas ajudam-nos a minimizar as IACS, evitando repercussões na saúde das pessoas e da sociedade. A Enfermagem tem uma função preponderante na sua prevenção, principalmente nas últimas décadas, pois houve um aumento muito significativo de microrganismos multirresistentes, tornando cada vez mais difícil o tratamento de algumas infeções, sobretudo a resistência aos antimicrobianos que passou a ser uma preocupação a nível mundial,

A Ordem dos Enfermeiros (OE) regulamentou as competências dos enfermeiros, no âmbito da prevenção de infeções e das resistências aos antimicrobianos, reconhecendo o seu papel na conceção, implementação e gestão de um programa de prevenção, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (OE, 2021).

A necessidade de atualização de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, cresce diariamente. Só assim se podem implementar medidas assertivas, melhorando a qualidade dos cuidados, de modo a promover a própria segurança e a segurança do doente e da sociedade que os rodeia.

Como esta era também uma das minhas prioridades, ao longo deste curso, optei por realizar um estágio opcional num centro de pesquisa e trabalho de controlo da infeção, a fim a adquirir novos conhecimentos e colaborar nos projetos de investigação que aí se fazem. Este estágio decorreu no período entre 27/10 a 16/12/22.

A UL-PPCIRA encontra-se localizado no piso -1, funcionando das 8h às 17h. O espaço físico é constituído por uma sala de trabalho, uma sala de reuniões e um pequeno arquivo. Esta unidade é responsável pela instituição hospitalar e integra o Agrupamento dos Centros de Saúde pertencentes à instituição.

A equipa de controlo de infeção é formada pela coordenadora local (infeciologista) e pela equipa de Enfermagem (2 especialistas uma desempenha o cargo da gestora e 1 enfermeira graduada). O núcleo executivo é composto por uma equipa multidisciplinar: três enfermeiros, médicos e outros profissionais de distintas áreas (infeciologistas, saúde primária, cirurgião, microbiologistas, farmacêutica, um profissional de controlo de infeção/ técnico superior e uma assistente técnica). O núcleo executivo é assessorado por um núcleo consultivo, formado por um gestor de risco

clínico, um enfermeiro da unidade de saúde primária, e representantes dos vários serviços: de compras, de instalações e equipamentos, hoteleiros, de gestão de risco e de esterilização.

O núcleo executivo desta unidade reúne semanalmente, habitualmente às quartas-feiras, com a finalidade de delinear tarefas e formas efetivas de colaboração entre todos. Qualquer membro do núcleo tem a liberdade de convocar uma reunião, sempre que o achar pertinente e necessário, com conhecimento prévio da coordenadora. As decisões são tomadas por maioria; nas situações em que não existe consenso, a decisão final é da coordenadora. Contudo, ela mesma afirmou que nunca toma decisões sem o consenso da maioria.

As decisões do núcleo executivo, para serem implementadas, passam, primeiramente, pela aprovação do órgão de gestão da instituição e, depois, são enviadas para os serviços, departamentos e unidades funcionais. Ao serem inseridas no portal documental da instituição tornam-se vinculativas. O núcleo executivo procura reunir, trimestralmente, com o núcleo consultivo e também com os membros dinamizadores ou elos de ligação.

Habitualmente, a equipa da UL-PPCIRA revê o seu regulamento, de três em três anos e sempre que considere necessário efetuar alguma mudança ou quando surge alguma nova orientação, a nível nacional.

O despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro, emitido pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Nele, as funções dos membros da PPCIRA estão devidamente definidas e regulamentadas, tanto as funções comuns como as funções específicas de cada membro do grupo. O núcleo executivo tem a função de implementar e monitorizar o sistema interno de vigilância epidemiológica, com o objetivo de dar resposta à Rede Nacional de Registo das IACS, detetar problemas específicos nas unidades de saúde e verificar as necessidades expressas pelos profissionais das respetivas unidades (Saúde, 2022).

A enfermeira responsável pela equipa da PPCIRA presta assessoria a todos os serviços, no que concerne à área da prevenção e controlo da infeção, e colabora, com a sua equipa, na introdução de práticas de controlo da infeção, nos padrões exigidos para os cuidados de Enfermagem. Intervém também na orientação dos Enfermeiros gestores, em ordem à definição de normas e critérios para a prestação de cuidados de Enfermagem e para a prevenção dos riscos.

A enfermeira responsável da PPCIRA, com a sua equipa, propõe a utilização dos resultados dos estudos de Vigilância Epidemiológica (VE), no sentido de melhorar a gestão dos cuidados de Enfermagem. Promove a prevenção e controlo da infeção, através da avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados na unidade de saúde, com base nos indicadores de resultado da gestão em controlo de infeção.

Sempre que solicitada, a PPCIRA elabora parecer sobre os critérios de prevenção e controlo da infeção, e especificações técnicas concretas para a aquisição de novos materiais, dispositivos médicos e equipamentos (barreira sanitária, espaços físicos, espaçamento entre camas, circuitos da área de sujos e da área dos limpos, colocação de lavatórios, colocação de suportes para soluções alcoólicas e de sabão para a higiene das mãos, entre outros)

Durante a minha permanência, constatei que os gestores dos serviços vinham constantemente, se não diariamente, solicitar o parecer da equipa em relação às situações e problema que surgem. É uma área que exige dos enfermeiros uma grande capacidade de pensamento crítico e um saber atualizado e especializado, o que implica um conhecimento aprofundado sobre toda a dinâmica que envolve as IACS.

A equipa da UL-PPCIRA colabora, também, com o Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, na aplicação das normas legais sobre as condições de higiene e segurança no trabalho, relativas ao risco biológico. Para melhor perceber esta parceria, a enfermeira gestora da PPCIRA proporcionou-me uma manhã de formação com a responsável deste serviço. Nela, pude perceber melhor toda a logística e cooperação existente entre estes dois serviços e quão importante é o estabelecimento de regras que promovam, tanto a segurança do estabelecimento, como a segurança dos profissionais que nele trabalham ou o frequentam.

Os principais focos de atuação do PPCIRA são: incentivar as boas práticas, de modo a prevenir o controlo de IACS, e incentivar o uso controlado dos antimicrobianos, de modo a reduzir a sua resistência. Nesta equipa, os enfermeiros têm a função de realizar a vigilância epidemiológica (microrganismos multirresistentes, infeções nosocomiais, estudos de incidência e prevalência), formar e informar a comunidade hospitalar, realizar auditorias e elaborar normas.

No início do estágio, a minha tutora explicou-me a organização e dinâmica do serviço, forneceu-me documentos que me permitiram perceber melhor qual a função desta equipa na comunidade hospitalar e facultou-me o acesso ao programa informático que me ajudou nos trabalhos e pesquisas que realizei, ao longo do estágio.

Desde o início, apercebi-me que esta equipa era muito coesa, dinâmica e bem organizada, ousou mesmo dizer, com espírito de família. Isso permitiu-me integrá-la com muita facilidade e prestar a minha colaboração, em todos os trabalhos e atividades que realizaram, ao longo deste período.

Para que a minha colaboração e o meu contributo fossem proveitosos para os trabalhos que a equipa estava a realizar, foi necessário aprofundar e atualizar conhecimentos sobre microbiologia (fonte ou reservatório, via de transmissão e hospedeiro de alguns microrganismos) e farmacologia (sobretudo no que se refere aos antibióticos, sua função, tempo e modo de utilização). Para tal, realizei uma pesquisa bibliográfica, sobretudo em artigos recentes, sobre os microrganismos mais frequentes e os antibióticos mais utilizados atualmente. Verifiquei que há muita informação sobre estes temas. Optei por investir, sobretudo, nos documentos sobre os antibióticos, e isso permitiu-me realizar o trabalho que me foi pedido pela equipa.

Com intuito de promover boas práticas, na prevenção e controlo de infeção, no que concerne à administração de antibióticos, participei com o UL-PPCIRA na realização de um estudo sobre a administração segura de antimicrobianos.

Em colaboração com a farmacêutica, foi consultada uma lista que elencava todos os antimicrobianos armazenados na farmácia do hospital e respetivas quantidades. Os sete antimicrobianos selecionados identificavam os antibióticos mais utilizados, já que a quantidade de medicação armazenada na farmácia reflete o seu uso. Assim, foi possível concluir que os antimicrobianos armazenados em maior quantidade correspondiam aos que estavam a ser mais utilizados.

O método de reconstituição, diluição e administração pode ser diferente, de acordo com a dose prescrita. Por isso, no questionário, foi definida uma dose específica para cada antimicrobiano. Para a decisão sobre a dose definida no questionário, tivemos a colaboração da equipa médica da UL - PPCIRA.

O questionário foi disponibilizado a todos os enfermeiros dos serviços de internamento de adultos do hospital. A aplicação do questionário foi aprovada pelo Conselho de Administração do Hospital e foi elaborado um pedido de colaboração, enviado a todos os enfermeiros gestores dos serviços.

Para a análise da situação atual relativa às práticas adotadas pelos enfermeiros, na preparação e administração de antimicrobianos intravenosos, foi elaborado um pedido de colaboração, enviado a todos os enfermeiros gestores dos serviços que abrangem o estudo (ver apêndice 5). Foi, também, realizada uma colheita de dados,

através da aplicação de um questionário intitulado “Práticas Adotadas pelos Enfermeiros na Preparação e Administração de Antimicrobianos Intravenosos” (ver apêndice 6). Teve como objetivo conhecer as práticas adotadas pelos enfermeiros dos serviços de internamento de adultos e a variabilidade das intervenções implementadas pelos diferentes profissionais.

O questionário foi constituído por sete itens, alusivos aos sete antimicrobianos que tinham sido seleccionados. Cada enfermeiro preencheu cada item, de acordo com o método que adota na reconstituição, diluição e administração. Para a reconstituição e diluição foi pedido que se indicasse a quantidade e tipo de solvente utilizado. Em relação à administração, o enfermeiro devia indicar o tempo de administração adotado para cada antimicrobiano e o método utilizado, para controlo de tempo de perfusão.

Os dados recolhidos foram codificados e utilizados apenas para a elaboração deste trabalho. Não houve registo de qualquer tipo de dados de identificação, pelo que o anonimato e confidencialidade dos participantes estão garantidos (ver apêndice 7).

A resistência antimicrobiana (RAM) ocorre quando os micróbios evoluem e se tornam resistentes aos medicamentos antimicrobianos. Por outras palavras, isto sucede quando os micróbios desenvolvem ou adquirem uma forma de evitar que os medicamentos atuem eficazmente, de modo a controlar o seu crescimento (Gaonkar, 2020).

RAM é o termo mais amplo para indicar a resistência em diferentes tipos de microrganismos e abrange a resistência a antibacterianos (antibióticos), antivirais, antiparasitários e antifúngicos (Longuet, et al., 2016).

A eficácia terapêutica de cada antibiótico depende, por um lado, da sua ligação às bactérias, tendo em conta, a função da concentração atingida nos tecidos infetados, ao longo do tempo (ou seja, da PK) e, por outro lado, da atividade bactericida intrínseca, ou seja, da capacidade dessa concentração causar a morte do microrganismo (Diamantis, et al., 2021).

Atualmente, a maior preocupação no combate a RAM é a que dificulta o tratamento das infeções por possuírem resistência aos antibióticos de última linha, ou seja, os microrganismos produtores de carbapenemases. Os doentes que possuem estes microrganismos têm uma vigilância apertada, por parte da equipa interdisciplinar. Tive a oportunidade de acompanhar a minha tutora nestes procedimentos, ao longo deste período de estágio, sobre os cuidados com o isolamento dos doentes com o microrganismo multirresistente.

Sempre que um exame bacteriológico é positivo para microrganismos multirresistentes, a equipa do PPCIRA é informada. Esta identifica o doente e, caso esteja internado, é informada a equipa de Enfermagem do serviço e são implementadas as medidas de precaução.

Na implementação de medidas de precaução, a maior dificuldade acontece quando existem, no mesmo serviço, muitos doentes com microrganismos multirresistentes. Alocar todos esses doentes em isolamento, segundo as medidas preconizadas, é uma tarefa difícil, pois as estruturas físicas limitam as opções. No decorrer do meu estágio, a equipa deparou-se com uma situação destas. E isso permitiu-me colaborar na tomada de decisões e na definição de prioridades de isolamento, de modo a minimizar infeções cruzadas.

De forma a dar resposta a estas situações complicadas, está definido, como critério, o seguinte: em caso de isolamento estrito ou prioritário, são colocados em quartos particulares os doentes com indicação para precaução de gotícula, os que possuem condições potenciadoras de transmissão de microrganismos e os que não têm capacidade de colaborar nas indicações solicitadas; outra situação é o chamado isolamento de coorte, em que os doentes, com o mesmo agente infeccioso, são agrupados na mesma enfermaria. Nos casos em que nenhuma das situações anteriormente referidas é aplicável, o doente é colocado na cama mais próxima da janela e separado dos outros, através de uma barreira/cortina.

Neste período de estágio, numa época sazonal de maior número de síndromes gripais e pneumonias, colaborei também com a equipa, na sensibilização das equipas de Enfermagem, em ordem às medidas a adotar, esclarecendo os colegas sobre as precauções baseadas na transmissão de gotículas e incentivando a implementação precoce das medidas já preconizadas. Em equipa, colaborei também na análise e resolução de alguns surtos epidemiológicos, na identificação de prováveis veículos de transmissão que origem determinadas IACS. ...

Foi-me proporcionada também uma visita guiada pelo circuito de limpos e sujos, em ordem a poder compreender o cuidado com os procedimentos e as técnicas utilizadas no processo de descontaminação e tratamento dos sujos. Esta realidade faz parte das estruturas básicas implementadas para o controlo de infeção, com a realização de auditorias internas, periódicas.

Na UL-PPCIRA estão definidas as políticas e procedimentos referentes aos circuitos de limpos e sujos, em todos os serviços da instituição, de modo a assegurar o

nível de higienização adequada, tanto do ambiente, como dos dispositivos médicos, artigos e equipamentos. Durante os processos de limpeza, os executores são obrigados a utilizar EPI, onde se incluem luvas, avental, máscaras com viseira ou óculos, sobretudo no caso de haver perigo de salpicos.

Apercebi-me que os planos de higienização estão devidamente implementados e que os profissionais não só os conhecem como colaboram ativamente no seu cumprimento. Enquanto enfermeiros, precisamos de estar conscientes da importância destas medidas de boas práticas e cumprir todas as normas de higienização, de acordo com as políticas da OMS, da DGS e da instituição.

É fundamental uma boa organização e o cumprimento rigoroso deste circuito, pois contribui para o controlo das infeções, para melhorar o tratamento dos doentes e para diminuir o tempo de internamento e os custos inerentes.

Sublinho a importância que é dada aqui à articulação do hospital, com o agrupamento de centros de saúde, as unidades de cuidados continuados integrados e os lares, em prol da prevenção e controlo de infeção, já que é um aspeto muitas vezes descuidado. Quando, na admissão ou na alta, há comunicação entre as várias instituições, relativamente à presença de doentes com microrganismos multirresistentes, tomam-se as devidas medidas, na implementação de cuidados necessários, e evitam-se infeções cruzadas. A perceção desta realidade permitiu-me estar mais atenta a estas situações.

Durante a minha passagem por este estágio, tive oportunidade de participar numa formação sobre a Prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, destinada aos enfermeiros e auxiliares de vários serviços. Foi importante para mim porque me ajudou a consolidar conhecimentos.

Neste serviço, as auditorias são uma realidade. Também tive oportunidade de participar em algumas. A Auditoria é a avaliação sistemática e formal de uma atividade, para determinar se está a ser realizada de acordo com o que é preconizado (Dias, et al., 2011). O processo de auditoria é considerado por Matia et al., (2015), como um método de investigação; consiste num conjunto de técnicas cuja aplicação permite a realização de diagnósticos, prognósticos e recomendações. Por ser um método de análise e avaliação de ações, permite direcionar a intervenção para a correção ou prevenção dos problemas identificados (Matia, et al., 2015). O cumprimento da higienização das mãos, é a primeira preocupação dos auditores, pois é considerado a base das precauções no controlo das IACS.

A higiene das mãos é uma das dez precauções básicas e uma das intervenções fundamentais de prevenção e controlo de infeção. As IACS resultam, muitas vezes, de infeções cruzadas, em que as mãos dos profissionais são o principal veículo de transmissão.

A convite das enfermeiras da UL-PPCIRA, e sobretudo, da minha tutora, tive a oportunidade de participar numa formação desenvolvida por eles, sobre a importância de controlo de infeção no cuidado da saúde.

O exercício de Enfermagem, no contexto de prevenção e controlo de infeção, envolvendo a conceção, o planeamento, a implementação. A gestão do programa de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, assegurando uma atuação integral, preventiva, efetiva, segura e oportuna à pessoa alvo de cuidados, à família/cuidador, à comunidade e aos profissionais de saúde em diversos contextos, numa atuação multidisciplinar (OE, 2021).

Logo de início, me apercebi que esta formação tinha sido solicitada pelos gestores dos serviços de imagiologia, cardiologia e gastroenterologia, sendo um dos principais temas abrangidos pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças Infecciosas e pela União Europeia.

Tem-se verificado um aumento nas atividades de Controlo de Infeção (CI), Higiene Hospitalar (HH) e Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos (PRA), como consequência de uma maior consciencialização, em relação à segurança do doente, e do peso das infeções associadas aos cuidados de saúde. Contudo, reconhece-se que faltam profissionais treinados em CI e HH e oportunidades de treino. Há, também, necessidade de uniformização de competências, padronização de recursos humanos e sustentabilidade de programas de CI (ECDC, 2013).

Em meados do século XIX, o papel da higiene das mãos, na prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), ganhou mais relevância e passou a ser reconhecida a sua importância. A transmissão de microrganismo patogénico acontece essencialmente, através das mãos dos profissionais, daí a importância do cuidado com a sua higienização (Boyce, 2021).

Esta formação teve como objetivo contribuir para a redução, em âmbito hospitalar, da ICAS e de Resistência Antimicrobiana (RAM), por meio da implementação de práticas de prevenção e controle de infeções baseadas em evidências.

A OE apresenta a importância do exercício de Enfermagem na prevenção e Controlo de Infeção como determinante, no sentido de assegurar o suporte efetivo e

integral à pessoa alvo de cuidados, família/cuidador e comunidade, em diversos contextos de saúde, na perspetiva da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (OE, 2021).

É de salientar a pertinência e a leveza como foi partilhada a temática. Foi uma sessão muito dinâmica, pois houve interação de todo o pessoal presente, sobretudo dos assistentes operacionais que, tomando a consciência dos erros que têm cometido, quiseram livremente falar deles. Foi um momento muito rico de partilha, de experiência, de correção dos erros e de melhoria em termos teóricos.

Foi perceptível a preocupação de alguns, em relação ao cumprimento rigoroso deste procedimento, pelo que, foram incentivados, pela formadora, a serem tenazmente perseverantes, no seu cumprimento porque só assim se conseguem vencer as IACS. Foram apresentadas também as precauções básicas sobre o controlo de infeção e as vias de transmissão de microrganismos.

As diretrizes sobre as recomendações das práticas de higienização das mãos, publicadas pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) e pela OMS, especificam as situações clínicas em que a higiene das mãos é indispensável, intitulado "Os 5 momentos de higiene das mãos", com o intuito de educar os profissionais de saúde para o controlo de infeções cruzadas e para o cumprimento da higienização das mãos (antes de tocar num paciente, antes de um procedimento limpo/asséptico, após um risco de exposição a fluidos corporais, depois de tocar num doente e depois de tocar no ambiente do paciente).

As mãos são principal veículo de transmissão exógena da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). Por isso mesmo, foram lembrados os passos da técnica de lavagem das mãos e os 5 momentos e reforçando a sua importância. A higienização das mãos constitui uma ação simples, acessível, rápida e uma das principais medidas na redução das IACS, em todo o mundo. Contudo, ainda se verifica pouca adesão das pessoas às práticas de higiene das mãos, em todos os níveis de cuidados de saúde, como foi referido pelo pessoal destes serviços.

Apesar de perceber que alguns estavam desanimados - devido ao “desinteresse de alguns colegas seus”, segundo relataram - e pouco acreditam na mudança e melhoria dos seus serviços, acredito que a boa vontade e o empenho de todos serão, sempre motivo de ânimo e de esperança, na implementação de boas práticas, e um impulso para a mudança de atitude. É fundamental que, em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente, haja ações que atuem simultaneamente, quer na área da prevenção,

quer na área do controlo da transmissão cruzada de microrganismos. Porque as IACS estão consideradas, hoje, como as complicações mais frequentes na hospitalização. São vários os estudos que demonstram que melhorar a higienização das mãos reduz significativamente as IACS (Pina, et al., 2010).

Ao longo do estágio, tive oportunidade de verificar a grande importância que os profissionais de saúde desta unidade atribuem à higiene das mãos e a consciência que têm da sua relevância para a prevenção das IACS. Os produtos de higienização das mãos estão disponíveis e ao alcance de todos os profissionais de saúde, de modo que não haja necessidade de deixarem a zona do doente, para ir à procura deles. Em cada unidade, têm um lavatório e, em cada lavatório, estão afixadas as normas referentes ao procedimento correto da higiene das mãos.

Tive, também, uma formação com a médica coordenadora de PPCIRA, sobre a importância de um programa de apoio à prescrição de antimicrobiano (PAPA), que através de um PowerPoint, elucidou sobre a temática e a sua implementação no Hospital, mostrando as dificuldades que ainda há neste âmbito e, ao mesmo tempo, a recetividade dos médicos, em ordem à melhoria da prescrição antibiótica. Mostrou-me ainda que a administração de antibióticos, de forma abusiva, tem sido um dos grandes fatores no aumento de Resistência aos Antimicrobianos (RAM). Daí a importância da PAPA, na orientação de prescrição dos antibióticos, em dose certa, medicamento certo para cada situação e via certa.

Nos programas de apoio à prescrição de antimicrobianos, as metodologias da ciência de implementação utilizadas pela instituição compreendem os 5D's, ou seja, diagnóstico, fármaco, dose, duração e descalção (redução do número de fármacos antibióticos). O uso desta metodologia, em relação à administração dos antimicrobianos, permite detetar o problema da prescrição dos antibióticos, a duração excessiva de profilaxias ou tratamentos de situações não complicadas, o uso excessivo de antibióticos de largo espectro ou a adequabilidade da opção terapêutica face às recomendações e orientações técnicas (Oliveira, et al., 2022).

A resistência bacteriana é considerada uma grande preocupação nas organizações de saúde, pois, sabe-se que os seres humanos têm uma batalha, a longo prazo, com microrganismos ao longo da história, particularmente bactérias, causando morbidade e mortalidade significativas, em diferentes populações humanas em todo o mundo.

No início da década de 1940, com a descoberta da penicilina, esta começou a ser utilizada, como agente antimicrobiano eficaz para as bactérias. Mas o excesso na sua utilização provocou o reverso, ou seja, a diminuição da sua eficácia e o desenvolvimento de RAM.

A resistência antimicrobiana (RAM) é definida como a capacidade do microrganismo sobreviver e ser viável, mesmo sob a influência de agentes antimicrobianos. No combate à RAM estão presentes vários tipos de agentes antimicrobianos, tais como antibióticos, desinfetantes e conservantes alimentares que podem ser utilizados contra os microrganismos, para reduzir a sua capacidade de crescimento, inibir a sua multiplicação ou mesmo matá-los.

Existem agentes naturais, semissintéticos e sintéticos com mecanismos distintos, capazes de causar grandes alterações a nível metabólico e fisiológico, incluindo modificações na síntese da parede celular, como  $\beta$ -lactâmicos e glicopeptídeos, inibição da síntese proteica, como Macrolídeos e tetraciclínicos, inibição da via metabólica, como as sulfonamidas, e a interferência na replicação e tradução do ADN, como as Fluoroquinolonas.

Como resultado, algumas novas estirpes modificadas parecem reduzir a hipótese de os tratamentos serem eficazes nos doentes, causando consequências profundas que levam à morbidade, à mortalidade e a outras complicações clínicas.

Para resistir aos antibióticos, a evolução genética natural dos microrganismos atingiu níveis surpreendentes no século XXI, fazendo com que a RAM se tornasse um sério desafio para a saúde, com impactos potenciais, a nível global, necessitando mesmo de intervenção precoce. Tem havido um significativo retrocesso na eficácia dos antimicrobianos, precisamente por causa do uso excessivo dos mesmos, provocando assim o aumento da RAM. Esta realidade constitui, por certo, uma das mais graves ameaças para o futuro da humanidade, a par das alterações climáticas e dos conflitos armados.

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS),

*as infeções provocadas por microrganismos resistentes aos antimicrobianos contribuem para quase 5 milhões de mortes por ano, valor com tendência a aumentar, havendo estudos que apontam para um número próximo dos 10 milhões em 2050, caso não sejam tomadas medidas eficazes para as diminuir. Se é fundamental continuar a tratar doenças de origem infecciosa, em humanos, animais e plantas, é igualmente importante manter o equilíbrio do nosso ecossistema, garantindo uma evolução sustentável. E como afirmou o pensador*

*Sebastian Levati “A natureza não precisa de nós para existir. Somos nós que precisamos dela” (Oliveira, et al., 2022).*

Nesta instituição, no sistema de informação hospitalar, foi criada uma área, em que a coordenadora do PAPA e a sua equipa têm acesso rápido a todas as prescrições de antibióticos, para a sua validação.

Esta equipa tem o dever de avaliar a adequação do antibiótico, a sua dosagem e o tempo de administração, procurando criar uma maior consciencialização do papel destes fármacos, promovendo a sua utilização (prescrição e administração) de forma racional e responsável, de modo a assegurar a sua manutenção, disponibilidade e eficácia, com o objetivo de continuar a salvar vidas e a possibilitar um futuro mais sustentável para todos.

Atualmente, caminha-se no sentido de envolver vários setores da sociedade, para potenciar ações de combate às RAM. No âmbito da saúde, cada vez mais se reconhece a necessidade de envolver toda a equipa multidisciplinar, incluindo os enfermeiros. Apesar de, desde sempre e em vários países, fazerem parte das equipas de prevenção e controlo de infeção e de sempre implementarem intervenções que contribuíssem para o sucesso dos programas de *Antimicrobial Stewardship* (ANA, 2019), só há bem pouco tempo foi reconhecido o seu papel nos programas de *Antimicrobial Stewardship*, tanto pelas entidades nacionais, como internacionais. Para que essas intervenções tenham um real impacto na qualidade dos cuidados, os enfermeiros devem ser formalmente integrados nas equipas multidisciplinares (Olans, et al., 2016).

Proporcionaram-me também uma visita guiada à esterilização que é uma componente muito importante, na diminuição dos riscos de infeção hospitalar.

Apesar de trabalhar num bloco operatório e lidar diariamente com a esterilização, considero que foi muito importante para mim passar por esta realidade e procurar perceber: o circuito limpo/sujo; o acondicionamento do material transportado dos vários serviços; o processamento dos materiais (desde a sua entrada na área dos sujos até à sua saída para os serviços); o funcionamento das autoclaves (a baixa temperatura e a vapor); o funcionamento dos diversos indicadores e a sua importância no processo de esterilização.

A esterilização é uma componente essencial, na qualidade dos materiais utilizados na prestação de cuidados, com um forte impacto no controle da infeção e no custo do doente tratado (Costa, et al., 2001). É definida, ainda, como um processo através da qual as tarefas de lavagem, preparação e embalagem, esterilização,

armazenamento e transporte são processos realizados para todos os serviços do Estabelecimento de saúde à qual pertence/integra. É tida também como uma unidade orgânico-funcional de apoio clínico dotada de autonomia técnica e de recursos materiais e humanas próprios (Costa, et al., 2001).

A esterilização tem a finalidade de assegurar: o processamento dos Dispositivos Médicos (DM) reutilizáveis, necessários à prestação de cuidados, segundo normas que garantam a qualidade técnica e a otimização dos recursos, de modo a assegurar a distribuição dos DM para os diferentes serviços, as ações necessárias à correta circulação dos materiais, tanto contaminados como descontaminados, sujos ou esterilizados. Tem ainda a finalidade de colaborar no controlo da infeção, na prevenção e controlo das infeções hospitalares e na formação dos profissionais de saúde, de forma contínua e articulada (Costa, et al., 2001).

A esterilização tem um papel fundamental, pois contribui para a redução de riscos de infeção, o que, por sua vez, melhora o tratamento dos doentes e diminui o tempo de internamento e os custos que lhe são inerentes.

Outra questão que teve de ser clarificada nestes serviços foi a adoção de medidas de precaução, a serem respeitadas pelas visitas dos doentes com microrganismos multirresistentes, como no caso da COVID 19, cuja via de transmissão é a via aérea. Como havia disparidade nas informações fornecidas pelos vários profissionais, principalmente em relação ao uso do EPI, a PPCIRA teve de intervir, elaborando normas para clarificar a importância da utilização do EPI, de modo a que todos os profissionais assumam uma postura idêntica nos cuidados e na relação com a família dos doentes.

Tive a oportunidade de participar, também, no 4º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção, realizado de 27 a 28 de outubro de 2022, (anexo 1). Nele foram retratadas várias experiências, das quais destaco o cuidado com as Infeções do Trato Urinário. A abordagem deste tema permitiu-me estar mais alerta, para a melhor forma de tratar as ITUs.

A área de controlo de infeção é umas das áreas fundamentais, nos cuidados de saúde e a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) é primordial para a promoção da segurança dos doentes, pois é considerada a base das boas práticas para a redução das IACS, evitando situações/problema que, muitas vezes, se traduzem em danos para a saúde das pessoas e da sociedade.

Nós, os enfermeiros, temos um papel fundamental, no âmbito da prevenção das IACS, de modo a contribuirmos para a sua diminuição e, sobretudo, no que diz respeito à sua resistência.

É de grande importância o desenvolvimento de conhecimentos atualizados neste setor, de modo a contribuir e colaborar na implementação de medidas adequadas que promovam segurança, tanto do doente e da sua família, como dos profissionais, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados.

A PPCIRA tem dois pilares fundamentais de intervenção: a prevenção e controlo de IACS, que se realiza através de formação, incentivando as boas práticas; e a redução das resistências aos antimicrobianos, através da implementação do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobiano (PAPA), promovendo o seu uso de forma racional.

Aos enfermeiros da PPCIRA compete realizar a vigilância epidemiológica (infecções nosocomiais, microrganismos multirresistentes e outros epidemiologicamente importantes, com o aconselhamento de estratégias de atuação, inquéritos de prevalência e estudos de incidência), a elaboração de normas e recomendações, a formação (formal e informal) e a informação, a realização de auditorias e consultorias e a emissão de pareceres. Considero ter sido este um local de estágio de uma grande riqueza, no sentido de perceber que passar por esta área fornece-nos uma base mais sólida para o exercício de um cuidado de Enfermagem de excelência, qualidade e segurança. É que, trabalhar neste âmbito exige atualização constante, de forma a aprofundar conhecimentos sobre os microrganismos e as suas vias de transmissão.

Neste sentido, tive uma tutora que me incentivou a pesquisar e a estudar muito. Realizei muita pesquisa bibliográfica, com base em dados científicos, e pude perceber que existe um grande leque de informação nesta área, por se tratar de uma grande preocupação para a saúde mundial. Nessas pesquisas, procurei selecionar os estudos mais recentes.

A convite da Enfermeira tutora, tomei parte num estudo, a decorrer no serviço, sobre - “Segurança na gestão dos antimicrobianos”: Papel do enfermeiro na preparação e administração intravenosa. - Participei com muito empenho, agrado, dedicação e envolvimento.

Por fim, participei na auditoria interna ao cumprimento das Proteções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), realizada na unidade de saúde primária, com a finalidade de verificar melhorias a nível da adoção de boas práticas do pessoal de serviço auditado, no que concerne às PBCI.

Segundo Teixeira (2006) a auditoria é, por definição

*“um processo de investigação sistemático em que são obtidas e analisadas evidências suficientes que permitam ao auditor pronunciar-se sobre a conformidade de uma situação vigente com os critérios de comparação selecionados e comunicar os resultados aos utilizadores interessados”.*

Na realização desta auditoria, foi utilizado o instrumento fornecido pela DGS para este efeito que avalia os seguintes parâmetros: o conhecimento das PBCI e os recursos disponíveis para o seu cumprimento; a colocação dos doentes; a higienização das mãos; a etiqueta respiratória; a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI); o tratamento do equipamento clínico; o controlo ambiental; o manuseamento seguro das roupas; a recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; a exposição de riscos no local de trabalho.

A política de qualidade pressupõe a realização de auditorias regulares, guiadas por profissionais qualificados, detentores do conhecimento, das metodologias e procedimentos adotados, por forma a contribuir para a garantia sobre o controlo de infeção e para a tomada de decisões, no sentido de melhorar todo o sistema de saúde. A norma 029/2012, apresentada pela DGS e atualizada a 31/10/2013, refere que, as PBCI se destinam a prevenir a

*“transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes” (DGS, 2013).*

A aplicação das PBCI parte do princípio de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”, colocando, deste modo, a ênfase nas precauções e na implementação dos procedimentos clínicos e seus riscos inerentes.

A realização deste estágio, no contexto de PPCIRA, suscitou em mim muita reflexão. Hoje, sinto-me mais desperta para aspetos importantes na prestação de cuidados, de modo a contribuir para a redução da incidência e prevalência das IACS's, pois, só assim será possível atingir a excelência dos cuidados prestados em Enfermagem.

Considero que este estágio foi uma mais-valia, porque permitiu uma excelente troca de experiências e de saberes e a aquisição de mais e novas competências, permitindo a melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados, no que concerne à prevenção e controlo de infeção, traduzindo-se em ganhos para a saúde.

Refletindo bem, considero que todo o processo efetuado neste estágio foi fundamental na aquisição e aprofundamento de conhecimentos e na produção de competências, na área de controlo de infeção, permitindo-me, assim, atingir todos os objetivos traçados.

Sinto que saio desta experiência mais enriquecida, humana e profissionalmente, e sobretudo, com mais conhecimentos sobre um cuidado seguro e de qualidade.

Segundo Deodato, 2010 *«é a capacidade para tomar decisões que permite a cada pessoa transformar a decisão em ato»*. Neste sentido, concluo que o olhar de especialista intensifica a minha responsabilidade, no sentido de procurar sempre melhores conhecimentos, baseados na evidência. Procurar a evidência científica justifica e fortalece as decisões e promove a concretização de cuidados de Enfermagem de qualidade e excelência. Foi muito enriquecedor e gratificante poder transpor, para o meu serviço, todos os conhecimentos adquiridos, contribuindo para a melhoria da prática dos cuidados na prevenção de IACS.

Considero que seria importante que todos os profissionais de saúde passassem por esta área, pois possibilita o desenvolvimento de competências básicas que permitem uma prestação de cuidados de excelência.

Todos os enfermeiros têm o dever e a obrigação de responder pela qualidade dos cuidados de Enfermagem que prestam, de promover o seu próprio desenvolvimento e o dos colegas, bem como de orientar o seu desempenho. A prevenção e o controlo de infeção é uma das áreas mais nobres, na promoção da segurança dos doentes e da qualidade dos cuidados.

Este estágio capacitou-me, para tomar decisões com mais segurança e para a implementação de cuidados de saúde de excelência e qualidade, através da deteção precoce de potenciais problemas e da procura de meios para os resolver atempadamente, seguindo as melhores práticas conhecidas.

Bem-haja a esta equipa formidável que contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e humano, proporcionando-me a oportunidade de novas experiências e de novos conhecimentos.

## **CAPÍTULO 2: ESPIRITUALIDADE NO CUIDAR DA SAÚDE**

A espiritualidade é um processo do desenvolvimento pleno da pessoa. Falar de espiritualidade, no âmbito do cuidado de saúde, é convocar o profissional de saúde para um diálogo aberto à interioridade do doente, de modo a ajudá-lo a alcançar o discernimento possível, em ordem à compreensão de si próprio e da sua situação de doente.

A espiritualidade não pode ser entendida unicamente como um complemento à dimensão do cuidado, mas, como parte integrante do cuidar e como garantia de respeito e de promoção da dignidade da pessoa cuidada, pois a espiritualidade reside na essência de quem somos, naquela centelha que permeia toda a estrutura da pessoa e que exige dignidade e respeito. Através dela, a pessoa transcende a sua capacidade intelectual, elevando o estatuto da humanidade.

Este tema é uma preocupação atual para os sistemas de saúde. O cuidado com a espiritualidade é um aspeto fundamental na prática dos cuidados de saúde, porque a experiência do sofrimento e da vulnerabilidade torna todas as dimensões da pessoa mais significativas. Daí a importância do cuidado holístico, de um cuidado que tenha em conta todas as suas dimensões.

Espiritualidade é uma palavra difícil de definir. “Tal como o vento, podemos ver os seus efeitos, mas não podemos agarrá-la nas nossas mãos nem segurá-la”. Apesar de ser difícil de definir, acredita-se que é a base da qualidade de vida e da saúde. Por isso, toda a integridade de um doente é afetada pela espiritualidade. Muito provavelmente porque a espiritualidade representa o conhecimento "coração" e não o conhecimento "cabeça", e o conhecimento "coração" é algo muito difícil de definir por palavras, de racionalizar (Carson, et al., 2008).

Segundo Eliade, 1967, o termo espiritual, etimologicamente, traduz a palavra "spiritus" que, no latim significa "sopro de vida", "alento", "energia", "dinamismo"; ou

seja, aquilo que dá vida e sentido pleno aos limites do humano e compreensão ao Universo.

As questões espirituais são, muitas vezes, consideradas sinónimo da religiosidade e até mesmo de fim de vida (Choi, et al., 2018). Contudo, a vertente espiritual do ser humano reporta a uma necessidade de relação consigo próprio, com os outros e com Deus. Esta consciência, torna imperativo a sua integração nos modelos de cuidados de saúde.

A espiritualidade compreende a pessoa, na sua totalidade e em todas as suas dimensões (biopsicossocial, afetiva, espiritual, política, cultural, económica...). Todo o Homem é um ser de relação e só se realiza na interação com o outro. Esta interação com o outro leva-o a tomar consciência da realidade vivida e a determinar o modo como vive a sua própria vida, as suas crenças e os seus valores, diante das mais diversas realidades, incluindo o sofrimento e a doença.

A saúde é um conceito holístico que inclui a dimensão física, social, cultural, emocional e espiritual. Destas dimensões, a espiritualidade é a menos compreendida e a mais controversa. O debate sobre a conceptualização e definição, tanto da espiritualidade como da religiosidade, continuam a ser um “problema”. Contudo, vários estudos relevantes mostram que a espiritualidade contribui para a saúde e bem-estar dos indivíduos por promover a dimensão física, psicológica e social, independentemente das suas definições ou conceptualizações ( Rahman, et al., 2020).

Com o aumento das doenças crónicas, verifica-se uma grande deterioração da qualidade de vida das pessoas que têm essas doenças, quando comparada com a qualidade de vida das pessoas que as não têm, o que constitui um grande desafio para os cuidados de saúde. Os cuidados de saúde não podem nem devem ser meramente médicos, ou seja, totalmente orientados para o tratamento da doença. Se assim for, não alcançam os seus objetivos. A resposta às necessidades do doente deve englobar intervenções dirigidas aos sintomas físicos e ter em conta também os aspetos psicossociais e espirituais, para que os cuidados atinjam todas as dimensões da pessoa, na sua integralidade (Biondo, et al., 2017).

Muitas vezes, confunde-se espiritualidade com a religião. Mas a espiritualidade não é monopólio de nenhuma religião. Espiritualidade e religião estão profundamente ligadas ao humano: a espiritualidade é a essência do humano; a religião é aquilo em que pessoa acredita para se encontrar e reencontrar nessa essência. Por isso, é importante

dar-lhe espaço na vida das pessoas e das sociedades, para que a passagem para uma nova sociedade mundial se faça de forma construtiva e integradora (Boff, 2008).

apesar da racionalidade, da espiritualidade e da religião tenham assumido sentidos opostos e autônomos, nas últimas décadas, os estudos científicos têm sido influenciados pelo paradigma da ciência da pós-modernidade que defendem que a racionalidade não depende unicamente de uma forma de conhecimento, mas do cruzamento fecundo de todos os saberes. Tanto a racionalidade, como a espiritualidade e a religião têm influenciado grandemente a ciência e a saúde e conferido sentido à existência humana.

Vários estudos têm demonstrado que, quando as preocupações religiosas e espirituais são tratadas pela equipa médica, os doentes ficam mais satisfeitos com os cuidados e os custos com a saúde diminuem (Choi, et al., 2018), (Coleman-Brueckheimer, et al., 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define pessoa em situação crítica, como “aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2012). O doente crítico surge em qualquer área da atividade clínica: na vida quotidiana, no ambiente de urgência pré-hospitalar, na urgência das instituições de saúde, nas enfermarias, em unidades diferenciadas, nos blocos operatórios, nas unidades de cuidados intensivos/intermédios... A maioria dos doentes em estado crítico são reconhecidos fora das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e muitos não chegam a ser admitidos em UCI. Pelo que, o mais importante, nesta situação, é seguir a lógica que se aplica a todas as situações e que se pode sistematizar em três pontos que, quando respeitados, salvam vidas, nomeadamente: o reconhecimento precoce que inclui a estratificação de gravidade; a prevenção de disfunções de órgãos e o suporte dos órgãos em falência; o tratamento da causa (Carneiro, et al., 2011). E isto sem nunca esquecer que a espiritualidade é inerente a todos os cuidados, porque está implícita naqueles de quem cuidamos, proporcionando alívio ao seu sofrimento e ao dos seus familiares. Essa consciência é uma componente essencial para a qualidade dos cuidados (Willemse, et al., 2020).

Atualmente, vários estudos apresentam a espiritualidade como elemento-chave dos cuidados de alta qualidade, uma vez que a abordagem das necessidades espirituais dos pacientes tem demonstrado ter vários efeitos sobre os resultados na saúde. Quando essas necessidades espirituais são satisfeitas por um membro da equipa de saúde, os

doentes têm níveis mais elevados de utilização de cuidados, até mesmo dos cuidados paliativos, as mortes têm taxas mais baixas e, conseqüentemente, são mais baixos os custos dos cuidados de saúde no final da vida (Choi, et al., 2018).

A humanidade necessita de voltar aos modelos relacionais que ajudem a intensificar os aspetos característicos da maturidade emocional, intelectual e espiritual, e onde se destaca a extensão do sentido do eu que permite sair de si e ultrapassar a barreira, aumentando, assim, a fronteira que existe entre o eu e os outros, ou seja, a descentralização do imediatismo e do egocentrismo (Enes, et al., 2018).

O aumento da concorrência no ambiente de trabalho e a sobrecarga do mesmo tem sido um problema comum sofrido por muitos funcionários o que, por sua vez, representa uma ameaça para a própria saúde, tanto física como psicológica, levando à diminuição de desempenho e à falta de capacidade para atingir metas delineadas pelas instituições.

O tema a estudar é relevante para as Ciências da Saúde e, em especial, para a Enfermagem, uma vez que, a Enfermagem procurou, desde sempre, privilegiar e valorizar o autocuidado, fundamentado numa visão holística (cuidar do outro num todo), e no estímulo a dar às pessoas cuidadas, em ordem à melhoria e preservação da sua própria saúde.

A opção por realizar uma revisão integrativa da literatura, deve-se ao facto de ela constituir,

*“a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, e que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado, através da incorporação de um vasto leque de propósitos, tais como, definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular”* (Souza, et al., 2010).

Com esta revisão, pretende-se demonstrar a pertinência da espiritualidade nos cuidados da saúde, na relação enfermeiro/doente e na relação multidisciplinar e interdisciplinar, com o intuito de compreender o respeito pela diversidade cultural da população assistida e dos pares (ver apêndice 8).

O progresso da Enfermagem advém de uma constante procura de saber, por parte dos seus profissionais, através do interesse intelectual e do empenho na investigação, para a aquisição de mais saber, o que se traduz na qualidade dos cuidados prestados e na construção de uma academia mais sólida, mais confiante e mais segura,

porque a tomada de decisões clínicas, com base na evidência científica, permite caminhar para a melhoria da qualidade dos cuidados.

## **CAPÍTULO 3: CONCLUSÃO**

Com a ambição e o desejo de avançar, de me capacitar, na qualidade e excelência de cuidar, decidi entrar nesta aventura de mais saber, para melhor servir e cuidar. Esta experiência permitiu-me adquirir novas competências e desenvolver-me, tanto a nível pessoal como profissional, pois, contribuiu para a consolidação da aprendizagem adquirida, ao longo do meu percurso profissional.

A formação é uma ferramenta essencial, no processo de construção de conhecimento e de competências especializadas, pois proporciona ao enfermeiro saberes específicos, atuais e primordiais que lhe permitem uma atuação eficaz, segura e de qualidade.

Este relatório revela o meu percurso, através da análise e da reflexão crítica acerca das experiências vividas, das intervenções realizadas, as aprendizagens e habilidades desenvolvidas, como enfermeira EEMC.

A diversidade das situações vivenciadas, durante os estágios, proporcionou-me momentos muito ricos de aprendizagem e de partilha de saberes, entre os pares e com a equipa multidisciplinar. Empenhei todo o meu esforço, no sentido de adquirir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que me permitiram promover cuidados de Enfermagem, seguros e de qualidade, inclusive a nível da prevenção.

Percorrer este caminho foi uma mais-valia para o meu progresso profissional. Contribuiu, em muito, para a minha evolução, a nível da investigação científica e da capacidade de argumentação e reflexão, sobre as minhas ações e sobre as ações dos meus colegas, e dotou-me de mais segurança/destreza, perante situações de instabilidade e imprevisibilidade.

Sabendo que todos os cuidados de enfermagem devem ser sempre especializados, foi importante e deveras fundamental, para mim ter sempre em consideração o respeito pelos valores e princípios éticos e deontológicos da profissão,

garantindo, assim, práticas de cuidados de saúde que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A mobilização de saberes, nos vários contextos, as competências e os conhecimentos adquiridos ou aprofundados, permitiram-me fortalecer a minha atuação, quer nos cuidados aos doentes, através de uma prática de cuidados seguros, quer a nível de gestão e da adequação dos recursos às situações e ao contexto, sem nunca descurar a qualidade dos cuidados.

A adoção de uma postura de disponibilidade e de humildade foi o cerne da minha passagem pelos serviços (SMI, SU e UL-PPCIRA), consciente de que uma boa aprendizagem e o desenvolvimento de competências exigem interação e entrega, capacidade de interajuda e trabalho de equipa.

As atividades desenvolvidas, no âmbito destes estágios, me permitiram conhecer as últimas evidências científicas, aprofundar conhecimentos e, simultaneamente, possibilitaram-me a troca de conhecimentos e de experiências com os meus tutores que sempre demonstraram grande receptividade e disponibilidade para me escutar e orientar.

O facto de ter como tutores enfermeiros com EEMC e de estar integrada numa equipa, em que me senti acolhida e aceite, fez com que os estágios fossem um contributo muito positivo para a aquisição de competências, na área de especialização, permitindo-me manter o empenho, durante todo o percurso, sempre na procura da excelência do exercício profissional, sobretudo, no que diz respeito ao doente crítico. Esta experiência vivida permitiu-me um grande desenvolvimento, pessoal e profissional, em ordem à consolidação da aprendizagem adquirida, ao longo do meu percurso profissional e do ensino teórico.

No exercício prático, no contexto do SMI, SU e UL-PPCIRA, fui confrontada, muitas vezes, com situações de elevada complexidade, por vezes imprevisíveis, que exigiram de mim intervenções organizadas e sustentadas num conjunto de conhecimentos e habilidades, tendo em conta diversas áreas da prestação de cuidados. Pude, ainda, prestar cuidados aos doentes críticos, em todas as suas vertentes, atuando segundo as melhores práticas, com o objetivo de participar ativamente na sua recuperação e bem-estar.

Tive a preocupação de estabelecer sempre uma relação de confiança com o doente e os seus familiares, de modo a identificar as suas necessidades e a procurar atendê-las, proporcionando-lhes conforto e bem-estar, porque uma boa relação enfermeiro/doente e doente/enfermeiro sustenta a eficiência terapêutica.

O enfermeiro é o profissional de saúde com maior proximidade com os doentes, tendo em conta o desempenho das suas funções. Isso obriga-o a lidar, mais diretamente, com os doentes e seus familiares, a partilhar os momentos mais íntimos de cada um e, conseqüentemente, a acompanhar, com maior proximidade o sofrimento daqueles que estão a morrer e das suas famílias.

Cuidar de doentes em fim de vida, principalmente dos que recorrem ao serviço de urgência, exige, por parte dos profissionais envolvidos, não só conhecimentos técnico-científicos, mas também, muito esforço e dedicação, numa dimensão holística, ou seja, sem nunca esquecer os cuidados espirituais. Neste sentido, sempre que foi possível, procurei não esquecer essa dimensão e alertar para a importância da sua aplicação, na prática de Enfermagem.

Apesar de, por vezes, o aspeto organizacional e funcional de um serviço de urgência ser encarado como um obstáculo, aos cuidados a prestar aos doentes em fim de vida, os enfermeiros devem trabalhar, no sentido de lhes proporcionar qualidade de vida até ao fim, sem nunca esquecer que cada ser humano é único e necessita, em todas as fases da sua vida, de cuidados que abarquem a totalidade do seu ser enquanto “pessoa”.

Procurei refletir sobre a minha prática, analisando os meus atos e procedimentos, de modo a reconhecer eventuais falhas, melhorar a minha atuação e tentar atingir a excelência, no meu exercício profissional. Através de um diálogo, franco e aberto, no sentido de ajudar e melhorar a execução da nossa prática, procurei sempre fundamentar a minha práxis clínica em decisões conscientes, contextualizadas e devidamente justificadas.

O tema da Espiritualidade, nos cuidados de saúde, é considerado uma vertente humanizadora do cuidado holístico e uma dimensão muito importante e fundamental, pois, sem ela, não se pode falar de uma assistência global e integral à pessoa que está em sofrimento, assim como os seus familiares/cuidadores.

Ao longo de todo o período de estágio, procurei prestigiar os cuidados holísticos, individualizados e humanizados, em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da prática profissional, no respeito pelos direitos humanos de privacidade, intimidade e dignidade dos doentes e dos seus familiares/acompanhantes.

Termino esta experiência mais enriquecida e com um olhar clínico mais apurado e mais sensível. Um bem-haja a todos os colegas e a todo o pessoal que, nos diferentes serviços, contribuíram para que os meus dias de estágio, no exercício de prática de

Enfermagem, fossem para mim uma verdadeira oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento de novas competências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Abushaheen, Manar Ali, et al. 2020.** Antimicrobial resistance, mechanisms and its clinical significance. *Disease-a-Month*, 2020, Vol. 66, 6.

**Adams, Tracey L, et al. 2014.** The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. *J Interprof Care*, 2014, Vol. 28, 339-344.

**ANA, American Nurses Association. 2019.** Redefining the Antibiotic Stewardship Team: Recommendations from the American Nurses Association/Centers for Disease Control and Prevention Workgroup on the Role of Registered Nurses in Hospital Antibiotic Stewardship Practices. *JAC Antimicrob Resiste*, 2019, Vol. 1, 2.

**Biondo, Chrisne Santana, et al. 2017.** Espiritualidad en los servicios de urgencia y emergencia. *Rev. bioét.*, 2017, Vol. 25 (3), 596-602.

**Blanchard, Ken. 2018.** Um Nível Superior de Liderança. Portugal: Actual Editora, 2018. 9789898101044.

**Boff, Leonardo. 2008.** Ecologia, Mundialização, Espiritualidade. Rio de Janeiro : Record, 2008. 9788501080509.

**Boyce, John M. 2021.** Hand Hygiene, an Update. *Infectar Dis Clin North Am*, 2021, Vol. 35, 3.

**Carneiro, António H. e Neutel, Elizabete. 2011.** Manual do Curso de Evidência na Emergência. Porto: LITOJESUS - Artes Gráficas, Lda., 2011. 978-989-96821-0-8.

**Carson, Verna Benner e Koenig, Harold G. 2008.** *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. United States of America: Revised Edition, 2008. 978-1-59947-145-7.

**Castellan, Cristiana, et al. 2016.** Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *J Adv Nurs*, 2016, Vol. 72, 1273-1286.

**Choi, Philip J, Curlin, Farr A e Cox, Christopher E. 2018.** Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliative and Supportive Care*, 2018, Vol. 17, 159–164.

**Coleman-Brueckheimer, Kate e Dein, Simão. 2011.** Health care behaviours and beliefs in hasidic Jewish populations: A systematic review of the literature. *J Relig Saúde*, 2011, Vol. 50, 2.

**Collière, Marie Françoise. 1986.** Promover a Vida - Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Lidel, 1986. 9789727571093.

**Costa, Anabela Ferreira, et al. 2001.** Manual de Normas e procedimentos para um Serviço Central de Esterilização em Estabelecimentos de Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2001. 972-9425-96-5.

**Cristo, Michael, et al. 2010.** Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int*, 2010, Vol. 07, 892-8.

**Davidson, Judy E, Jones, Christina e Bienvenu, Ó Joseph . 2012.** Familial response to critical illness: post-intensive family syndrome. *Crit Care Med*, 2012, Vol. 40, 618-624.

**DGS. 2021.** Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, 2021, Vol. 2, 187.

— . **2013.** Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Serviço Nacional de Saude, 2013, 029.

— . **2017.** Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. 2184-1179.

**Diamantis, S, et al. 2021.** Home intravenous antibiotherapy and the proper use of elastomeric pumps: Systematic review of the literature and proposals for improved use. *Infectious Diseases Now* , 2021, Vol. 51, 1.

**Dias, Teresa Cristina Lyporage, et al. 2011.** Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. Enferm*, 2011, Vol. 64, 5.

**Drumright, Kelly, et al. 2021.** Implementation of an Intensive Care Unit Diary Program at a Veterans Affairs Hospital. *J Nurs Care Qual.*, 2021, Vol. 36, 155–161.

**ECDC. 2013.** Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union. Estocolmo: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013. 978-92-9193-448-5.

**Enes, Randes de Faria e Lima, Luiz Cláudio. 2018.** Uma Análise da Qualidade de Vida no Ambiente de Trabalho por meio de Espiritualidade Cooperativa. Belo Horizonte: Poisson, 2018. 978-85-7042-004-6.

**Eyler, Rachel F e Shvets, Kristina. 2019.** Clinical Pharmacology of Antibiotics. *Clinical Pharmacology of Antibiotics*, 2019, Vol. 14, 7.

**Fernandes, Tiago D.F. 2009.** Medicina Hiperbárica. *Acta Med Port.*, 2009, Vol. 22, 323-334.

**Gaonkar, Omkar. 2020.** Antimicrobial resistance: An Emerging Public Health Challenge. *Toxics Link Factsheet*, 2020, 61.

**Habermas, Jürgen. 2003.** Consciência Moral e Agir Comunicativo. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 2003. 9788528200089.

**Hutchings, Mateus I, Truman, André W e Wilkinson, Barrie. 2019.** Antibiotics: past, present and future. *Curr Opin Microbiol*, 2019, Vol. 51.

**Kee, Rongsheng, et al. 2012.** One hundred tasks an hour: An observational study of emergency department consultant activities. *Emerg Med Australas*, 2012, Vol. 24, 294-302.

**Leeb, Franziska, et al. 2021.** Improving the safety of the Manchester triage system for children with congenital heart disease. *European Journal of Pediatrics*, 2021, Vol. 181, 3831-3838.

**Lepelletier, D, et al. 2015.** French recommendations for the prevention of ‘emerging extensively drug-resistant bacteria’ (eXDR) cross-transmission. *Journal of Hospital Infection*, 2015, Vol. 90.

**Lobão, MJ e Sousa, P. 2016.** Infecções Urinárias Associadas a Cateter Vesical: Contributos para a Prática Clínica. *Artigos de revisão*, 2016, Vol. 23, 4.

**Longuet, P, et al. 2016.** Preparing and administering injectable antibiotics: How to avoid playing God. *Médecine et Maladies Infectieuses*, Abril de 21 de 2016, Vol. 46, 5, pp. 242–268.

**López, M J e Cortés, J A. 2012.** Colonização e infecção de la vía urinaria en el paciente críticamente enfermo. *Med Intensiva*, 2012, Vol. 36, 2.

**Lunardi, Valéria Lerch , et al. 2016.** Gestão de Enfermagem e construção de ambientes éticos. *Enferm. Foco*, 2016, Vol. 7, 41-45.

**Martinho, Carina Isabel Ferreira e Rodrigues, Inês Tello Rato Milheiras. 2016.** A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2016, Vol. 28, 132-140.

**Matia, Graciele, et al. 2015.** Auditoria de enfermagem como ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência. *Management, Education and Health Promotion Conference Congress*, 2015.

**Meleis, Afaf Ibrahim. 2010.** Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. 978-0-8261-0534-9.

**Novoa, Mónica e Valderrama, Blanca Patricia Ballesteros. 2006.** The role of the psychologist in an intensive care unit. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 2006, Vol. 5, 599-612.

**OE. 2011.** Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Lusididacta.Lda, 2011. 978-92-95094-35-2.

— **2005.** Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análises dos casos. Lisboa: Norprint, 2005. 978-989-8444-30-1.

— **2012.** Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.

— **2021.** Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infeção. Diário da República, 2021, Vol. II, 674.

— **2011.** Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [2.<sup>a</sup> série — N.º 35] Portugal: Diário da República, 2011. 304320161.

— **2015.** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.

— **2018.** Regulamento n.º 429/2018. [Online] 16 de junho de 2018. [Citação: 15 de outubro de 2022.] <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

**Olans, Richard N, Olans, Rita D e Júnior, Alfred De Maria. 2016.** The critical role of the staff nurse in antimicrobial stewardship - not recognized, but already existing. Clin Infect Dis, 2016, Vol. 62, 1.

**Oliveira, Catarina da Luz e Caetano, Marisa. 2022.** Manual da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares sobre Antimicrobianos. Coimbra: 1.<sup>a</sup> Edição - Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares, 2022. 978-972-99431-3-3.

**OMS. 2011.** Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2011.

**Peduzzi, Marina. 2001.** Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública, 2001, Vol. 35, 103-109.

**Pedro, Danielli Rafaeli Candido, et al. 2017.** Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, 2017, Vol. 41, 113.

**Penedo, Jorge Manuel Virtudes dos Santos, et al. 2013.** Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. [2ª Série] Lisboa: Ministério da Saúde, 2013. 59.

**Pina, Elaine, et al. 2010.** Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública*, 2010, Vol. 10.

**Potter, Patricia A. 2018.** Fundamentos de Enfermagem. Lisboa: Elsevier, 2018. 9788535287011.

**Rahman, Suheyla, et al. 2020.** Factors that predict the perception of spirituality and spiritual care of nurses working in high-risk units and the effect of death anxiety. *Perspect Psychiatr Care*, 2020, Vol. 57, 473–480.

**Reichert, Carol. 2017.** Enough is enough: putting a stop to violence in the health care sector. *The Canadian Federation of Nurses Unions*, 2017, Vol. 1, 1.

**Santos, André Peralta, Freitas, Paulo e Martins, Henrique Manuel Gil. 2013.** Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emerg Med J*, 2013, Vol. 0, 1–5.

**Saúde, Descritores em Ciência da. 2018.** Biblioteca Virtual em Saúde. Decs/Mesh. [Online] 29 de 06 de 2018. [Citação: 16 de outubro de 2022.] <https://decs.bvsalud.org>.

**Saúde, Descritores em Ciências da. 2013.** DeCS/MeSH. Descritores em Ciência da Saúde. [Online] BIREME / OPAS / OMS, 08 de 07 de 2013. [Citação: 2022 de 06 de 26.] <https://decs.bvsalud.org>. 8036.

**Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da. 2022.** Diário da República, 2022, Vol. II, 174.

—. **2022.** Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República*, 2022, Vol. 2.ª série, 174.

**Saúde, Ministério da. 2015.** Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. [Online] 27 de maio de 2015. [Citação: 22 de outubro de 2022.] [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Mai o/Desp\\_5613\\_2015.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Mai o/Desp_5613_2015.pdf).

**Silva, Ana Raquel, et al. 2014.** Trauma, Manual da Reanima do Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros (CAIT). Porto: Digital, 2014. 9781925108453.

**Simões, Ana Lúcia de Assis e Fávero, Neide. 2003.** O DESAFIO DA LIDERANÇA PARA O ENFERMEIRO. Rev Latino-am Enfermagem, setembro-outubro de 2003, Vol. 11, 567-73, pp. 11(5):567-73.

**Souza, Marcela Tavares, Silva, Michelly Dias e Carvalho, Rachel. 2010.** Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, 2010, Vol. 8, 1.

**WHO/ECDC. 2022.** Antimicrobial resistance surveillance in Europe. s.l. : ecdc.europa.eu, 2022. 978-92-890-5668-7.

**Willemse, Suzan, et al. 2020.** Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. Journal of Critical Care, 2020, Vol. 57, 55–78.

**Zachariasse, Joany M., et al. 2017.** Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. Plos One, 2017, Vol. 10, 1371.

**Zingg, W, et al. 2015.** Education in infection control: A need for European certification. Clin Microbiol Infect, 2015, Vol. 21.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 – CERTIFICADO DO 4º CONGRESSO INTERNACIONAL DE IACS**

## CERTIFICADO

Certifica-se a presença de:

**Ermitéria Arcangela Baió**

no **4º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção**, realizado de 27 a 28 de outubro de 2022, no auditório Europarque em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 14 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 28 de outubro de 2022

Presidente Conselho Direção  
da ESSNorteCVP

A Comissão Científica

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1: PLANO DE SESSÃO FORMATIVA**



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO**

**PLANO DE SESSÃO FORMATIVA**

**Ermitéria Arcângela Baió**

**Porto, outubro de 2022**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**RASGAR HORIZONTES**

**EM BUSCA DA EXCELÊNCIA PROFISSIONAL**

**ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:**

**O FIM DE VIDA**

**Ermitéria Arcângela Baió**

**Sob orientação da Prof. Doutora Maria Amélia Dias Ferreira**

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

U.C: Estágio Final e Relatório

Porto, outubro de 2022

*Um dos grandes segredos da vida é a determinação. Quem age com dedicação total e planeia os seus projetos, o sucesso é uma consequência.*

(Adaptado de Irzo Rocha)

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	5
PLANO DE ATIVIDADE .....	7
CONCLUSÃO .....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	10

## INTRODUÇÃO

A concretização deste plano de formação, surge no contexto da realização do estágio num dos hospitais da região norte do país (Portugal), fazendo parte dos objetivos traçados, por mim, no projeto de estágio, que se insere no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, decorrente no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), através do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Porto.

Um plano funciona como um mapa, que ajuda a orientar uma série de atividades para assegurar a obtenção de novos/mais conhecimentos, aptidões ou atitudes estabelecidas no âmbito dos objetivos de aprendizagem. Também, ajuda no planeamento e alinhamento das tarefas de avaliação (Diggele, et al., 2020).

No contexto clínico, o planeamento orienta a tomada de decisão. Uma vantagem da realização de um plano é que podem ser feitos ajustes para se adequarem às necessidades da população no qual recai as nossas intervenções (McKimm, et al., 2009).

Para melhor otimizar a aprendizagem e maximizar a participação, o planeamento das atividades de ensino devem seguir uma estrutura reconhecível. As experiências de aprendizagem devem, ainda, incentivar a participação ativa, as oportunidades de prática e o feedback dos participantes (Burgess, et al., 2015). O fornecimento de feedback oferece um método valioso para enriquecer a experiência de aprendizagem em qualquer situação, porque a receção de feedback precisa ajudar a reduzir a distância entre o desempenho real e o desejado, entre o formando e o formador (Burgess, et al., 2015).

Esta formação irá abordar a temática sobre a Espiritualidade no cuidado à pessoa em situação crítica: o fim de vida.

Falar de espiritualidade no cuidado de enfermagem é convocar o profissional de saúde para um diálogo aberto à interioridade de cada doente de modo a ajudá-lo a alcançar o discernimento possível para a compreensão de si no seu adoecer.

A espiritualidade não pode ser entendida unicamente como um complemento à dimensão do cuidado, mas sim, como parte integrante do cuidar e como garantia de respeito e de promoção da dignidade da pessoa cuidada. Pois, reside na essência de quem somos,

naquela centelha que permeia toda a estrutura da pessoa que exige dignidade e respeito. Através dela transcendemos a capacidade intelectual, elevando o estatuto de toda a humanidade, mesmo quando a pessoa cuidada se encontra no final da vida.

A fase final de vida é a etapa da existência humana que reúne algumas características tais como a presença de doença avançada, progressiva e sem possibilidade de resposta ao tratamento curativo; presença de sintomas multifatoriais, de intensidade variada; presença de sofrimento provocando um grande impacto emocional no doente, família e equipa de saúde; prognóstico de vida limitada; presença implícita e/ou explícita da morte. Nesta fase da vida, existe uma necessidade acrescida de cuidados de saúde.

Uma pessoa na fase final de vida, tende a recorrer com muita frequência ao serviço de urgência, por necessidade de obtenção de um cuidado especializado, sobretudo, por necessidade de alívio da sua angústia e dor.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os doentes em fim de vida necessitam, principalmente de cuidados paliativos, ou seja, de

*“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável ou grave com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.*

Na elaboração deste plano irei identificar o objetivo geral, os objetivos específicos, os principais resultados pretendidos, o conteúdo, a estrutura e o calendário das atividades e das tarefas de avaliação.

## PLANO DE ATIVIDADE

<p><b>Instituição:</b> UCP-CRP-ICS</p> <p><b>Unidade Curricular:</b> Estágio Final e Relatório</p> <p><b>Formadora:</b> <i>Ermitéria Baió</i></p> <p><b>Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica</b></p> <p><b>Data:</b> 20/10/ 2022</p> <p><b>Prof. Orientadora:</b> Amélia Ferreira</p> <p><b>População-alvo:</b> Enfermeiros e Assistentes Operacionais do Serviço da Urgência</p> <p style="text-align: right;"><b>Duração:</b> 1hora</p>	<p><b>Tema:</b> Espiritualidade no cuidado à pessoa em situação crítica: o fim de vida</p> <p><b>Objetivo Geral:</b></p> <p>- Contribuir no aprofundamento de conhecimentos relativo ao doente crítico, espiritualidade e fim de vida.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>→ Que sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer a importância da espiritualidade no cuidado da saúde;</li> <li>• Identificar a necessidade da sua implementação no cuidado;</li> <li>• Identificar o doente em fim de vida e cuidá-lo com dignidade.</li> </ul> <div style="text-align: center; background-color: #e6f2ff; padding: 10px;"> <p><b>Dois grupos: 30min para cada grupo</b>  <b>1º grupo das 14:00 – 14:30; 2º grupo das 14:30 – 15:00</b></p> </div>
--	---

Etapas	Tempo	Desenvolvimento do Tema	Estratégias	
			Metodologia	Recursos
<b>Introdução</b>	5 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Apresentação do tema</li> <li>→ Motivação: incentivar a participação e a atenção dos participantes</li> <li>→ Objetivo: Promover a compreensão e a participação de todos</li> <li>→ Metodologia: informar sobre a forma da exposição do tema</li> </ul>	Método expositivo/ Participativo	Projektor Computador
<b>Desenvolvimento</b>	20 Minutos	Apresentação do tema através do power point;	Método expositivo/ Participativo	Projektor Computador
<b>Conclusão</b>	5 Minutos	Esclarecer dúvidas acerca do tema	Método expositivo/ Participativo	
<b>Indicadores de avaliação da aquisição de conhecimento:</b>				
<i>Indicador de processo: elaboração de uma formação em serviço, sendo o indicador de resultado a apresentação da referida formação em serviço;</i>				
<i>Indicador de processo: ministrar uma formação aos enfermeiros/Assistentes Operacionais (AO), sendo o indicador de resultado, uma formação assistida no serviço pelos mesmos;</i>				

## CONCLUSÃO

O enfermeiro é o profissional de saúde com maior proximidade com os doentes, tendo em conta o desempenho das suas funções. Isso que o obriga a lidar mais diretamente com os doentes e seus familiares, e a partilhar os momentos mais íntimos de cada um e, conseqüentemente, acompanha com maior proximidade o sofrimento daqueles que estão a morrer e das suas famílias.

Todos os doentes que recorrem aos Serviços de Urgência encontram-se fragilizados e sensíveis, sobretudo os doentes com doença terminal em fase avançada. Ali é onde somos chamados a atuar, através de uma assistência humanizada, uma vez que o foco da enfermagem é o cuidado ao ser humano em todas as suas dimensões (física, psicológica, espiritual e emocional).

Cabe aos enfermeiros o estabelecimento de uma relação de confiança com o doente e os seus familiares para identificar as suas necessidades e procurar atendê-las, proporcionando-lhes conforto e bem-estar, porque este é o grande aliado para o tratamento, pois a relação enfermeiro-doente e doente-enfermeiro sustenta a eficiência terapêutica.

Cuidar de doentes em fim de vida, principalmente dos que recorrem ao Serviço de Urgência, exige por parte dos profissionais envolvidos no seu cuidado muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, exige muito esforço e dedicação.

Apesar do aspeto organizacional e funcional de um serviço de urgência se apresentar muitas vezes, como um obstáculo no tratamento dos doentes em fim de vida, da parte dos enfermeiros, é sempre bom trabalhar no sentido de dar qualidade de vida a estes doentes até ao fim, sem nunca nos esquecer de que o ser humano é um ser único que necessita em todas as fases da vida de cuidados holísticos que abrange a totalidade de que é.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Burgess, Annette e Mellis, Craig. 2015.** Feedback and assessment during clinical placements: achieving the right balance. *Adv Med Educ Pract*, 2015, Vol. 6, 373-81.

**Carneiro, Rui , Simões, Catarina e Carneiro, António H. 2019.** Plano Individual e Integrado de Cuidados Como Objetivo da Relação Clínica. *Pontos de vista*, 2019, Vol. 26, 2.

**Diggele, Christie van , Burgess, Annette e Mellis, Craig . 2020.** Planning, preparing and structuring a small group teaching session. *BMC Medical Education*, 2020, Vol. 20, 462.

**Jácomo, António. 2018.** A importância da espiritualidade na dinâmica do novo paradigma do cuidar. *Cad. Fé e Cultura, Campinas*, 2018, Vol. III, 2.

**McKimm, Judy e Morris, Clare . 2009.** Small group teaching. *British Journal of Hospital Medicine*, 2009, Vol. 70, 654-7.


**Pedreirinho, Ana, et al. 2015.** Cuidados ao doente em fim de vida no serviço de urgência - uma necessidade em evolução. *onco.news* , 2015, Vol. VIII, 30.

**Sapeta, Paula. 2011.** *Cuidar em fim de vida: O processo de interação Enfermeiro-Doente* . Loures : LUSOCIÊNCIA, 2011. 9789728930691.

**Twycross, Robert. 2003.** *Cuidados Paliativos*. Lisboa : Climepsi Editores, 2003. 9789727960934.


**Veiga, António Alberto Batista , et al. 2009.** Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Revista Referência*, 2009, Vol. II, 10.

## **APÊNDICE 2: POWERPOINT DA FORMAÇÃO**



ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO  
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:  
O FIM DE VIDA



 **CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LESLIA PORTO

ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO À  
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:  
O FIM DE VIDA

*Ermitéria Arcângela Baió*  
*Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Amélia Dias Ferreira*

20/10/22

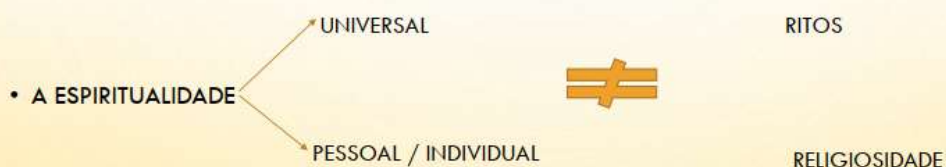
## SUMÁRIO

Espiritualidade e saúde

O enfermeiro e a espiritualidade na dimensão de cuidar

Cuidados de enfermagem no fim de vida no serviço da urgência

## ESPIRITUALIDADE E SAÚDE



É UM CONCEITO QUE ABARCA O SER ÚNICO DE CADA INDIVÍDUO.



## ESPIRITUALIDADE

É janela terapêutica de um universo que aguarda intensidade de olhares, afago de mãos estendidas, respeito acontecido na dignidade que se reconhece.

reconhece:

acontecido na dignidade que se afago de mãos estendidas? respeito

- Falar de espiritualidade no exercício da prática clínica é convocar o profissional de saúde para:
  - ✓ um diálogo aberto à interioridade de cada doente;
  - ✓ Ajudar o doente a alcançar o discernimento possível para a compreensão de si no seu adoecer.



## ESPIRITUALIDADE

É a parte integrante da dimensão do cuidado

É a garantia de respeito e de promoção da dignidade.

Reside na essência de quem somos

## O ENFERMEIRO E A ESPIRITUALIDADE NA DIMENSÃO DE CUIDAR

Todos nós independentemente das nossas crenças, convicções, rituais, somos seres espirituais. Porque a espiritualidade é a nossa essência.

Não só o doente em fim de vida necessita de cuidados de enfermagem, como os seus familiares estão igualmente fragilizados e a necessitar de cuidados prestados por toda a equipa.



• Segundo o nosso código deontológico no artigo 82:

- Os enfermeiros promovem um ambiente em que todos reconhecem e respeitem os direitos humanos, os valores, os costumes, as crenças religiosas e espirituais de cada indivíduo, famílias e comunidade.



## CUIDAR EM ENFERMAGEM

- ❖ Requer um cuidado holístico que abrange:
  - Físico (corpo)
- Psíquico (mente)
- Social (relação)
- Espiritual (sentido)

Segundo o Modelo das Necessidades Humanas Básicas, apresentadas pela V. Henderson em 1947:

“A capacidade de uma pessoa explorar, conhecer e promover os seus próprios princípios, valores e crenças. Do mesmo modo, gerir estas questões a fim de elaborar o significado que deseja dar à sua própria vida e à sua passagem pela sociedade”.

- Presença atenciosa;
- Olhar atento;
- Respeito pela dignidade da pessoas;



## SERVIÇO DE URGÊNCIA

## OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

são essencialmente direcionados para uma abordagem curativa do doente em risco de vida;



É uma porta de entrada para os cuidados de saúde especializados;

OS PROFISSIONAIS, neste contexto, sentem-se frustrados por não poderem dar, ao doente e seus familiares, o tempo de que eles necessitam, sobretudo com os doentes em fim de vida.

## PORQUÊ DA AFLUÊNCIA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA?

Alguns utentes procuram os serviços de urgência não necessariamente por abordagem curativa ou de uma intervenção de suporte de vida, mas sim,

Por encontrarem-se com doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida, para os quais a abordagem paliativa é mais benéfica, tanto para eles próprios como para a família.

PESSOA EM  
SITUAÇÃO  
CRÍTICA

- **Doente crítico:** o doente com disfunção/falência, iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais.
- **Urgência:** situação clínica que requer atenção imediata; em que o risco de vida é uma ameaça iminente ou estabelecida em horas.
- **Emergência:** uma condição clínica que envolve um risco de morte ou de sequelas funcionais graves e requer ação imediata; em que o risco de vida é uma ameaça iminente ou estabelecida em minutos.
- **Espiritualidade:** qualidade das pessoas espirituais.





## CARATERÍSTICAS DO FIM DE VIDA

Presença de doença avançada

Prognóstico de vida limitada

Presença de sintomas multifatoriais

Presença implícita e/ou explícita da morte

A morte impõe o seu lugar a partir do momento em que um ser vivo nasce.

O utente que recorre ao SU com doença crónica terminal ou situações críticas passível do fim de vida, passa a ter outras necessidades, que passam essencialmente pelo controlo de sintomas, cuidados de conforto, melhor apoio social, e apoio continuo à família e ou cuidadores

## SEGUNDO OMS

Os doentes EM FIM DE VIDA necessitam, principalmente de cuidados paliativos, ou seja...

NECESSITAM DE UMA "abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável ou grave com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais" (OMS)

# PALIATIVOS

- A palavra paliativos deriva do latim "palium" que significa manto, capa...
- Para nós os enfermeiros, confere-nos o sentido de promoção de conforto, alívio, ternura, proteção, amparo e abrigo

## BARREIRAS AOS CUIDADOS DE ESPIRITUALIDADE



Falta de tempo:  
Protocolos orientados para a medicação



Falta de formação:  
Educação incompleta a este respeito



Privacidade:  
Medo de ofender



Espiritualidade própria:  
Medo de fazer perguntas

## BARREIRAS AOS CUIDADOS EM FIM DE VIDA

falta de formação sobre técnicas de comunicação de más notícias;

ambiente físico pouco acolhedor;

excesso de luz;

ruído;

medo de não saber o que dizer;

medo de não saber o que fazer em determinados momentos;

utilização de macas pouco confortável;

separação das unidades por cortinas;

falta de privacidade...

- A equipa de enfermagem tem um papel fundamental nos cuidados com o fim de vida como com a espiritualidade na prestação dos cuidados mais humanizados.





## FOCO DE ENFERMAGEM

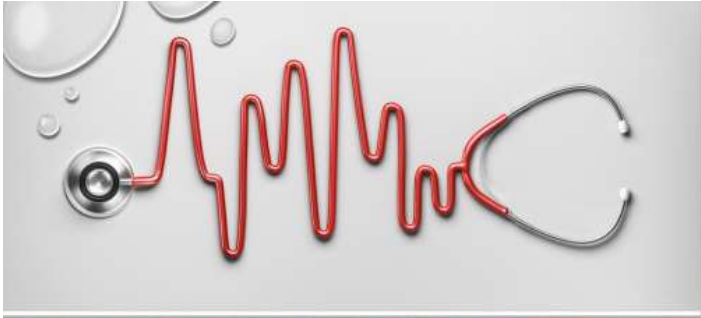


O cuidado ao ser humano em todas as suas dimensões (física, psicológica, espiritual e emocional).



Relação de confiança com o doente e os seus familiares;  
Atenção às necessidades do doente e os seus familiares;  
Proporcionar conforto e bem-estar aos doente e os seus familiares;  
Comunicação clara entre os doente e os seus familiares de modo a sustentar a relação terapêutica.

SERÁ QUE AINDA NÃO SABEMOS COMO É QUE A ESPIRITUALIDADE  
INFLUENCIA A SAÚDE?



- “Quando se é enfermeiro sabe que todos os dias mudará uma vida ou uma vida mudará a sua ”.

(ÂNGELA C. LÓPEZ TARRIDA)

BEM-HAJA PELA VOSSA PRESENÇA E ATENÇÃO!



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Burgess, Annette e Mellis, Craig. 2015.** Feedback and assessment during clinical placements: achieving the right balance. *Adv Med Educ Pract*, 2015, Vol. 6, 373-81.

**Carneiro, Rui , Simões, Catarina e Carneiro, António H. 2019.** Plano Individual e Integrado de Cuidados Como Objetivo da Relação Clínica. *Pontos de vista*, 2019, Vol. 26, 2.

**Diggele, Christie van , Burgess, Annette e Mellis, Craig . 2020.** Planning, preparing and structuring a small group teaching session. *BMC Medical Education*, 2020, Vol. 20, 462.

**Jácomo, António. 2018.** A importância da espiritualidade na dinâmica do novo paradigma do cuidar. *Cad. Fé e Cultura*, Campinas, 2018, Vol. III, 2.

McKimm, Judy e Morris, Clare . 2009. Small group teaching. British Journal of Hospita Medicine, 2009, Vol. 70, 654-7.

Pedreirinho, Ana, et al. 2015. Cuidados ao doente em fim de vida no serviço de urgência - uma necessidade em evolução. onco.news , 2015, Vol. VIII, 30.

Sapeta, Paula. 2011. *Cuidar em fim de vida: O processo de interação Enfermeiro-Doente* . Loures : LUSOCIÊNCIA, 2011. 9789728930691.

Twycross, Robert. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa : Climepsi Editores, 2003. 9789727960934.

Veiga, António Alberto Batista , et al. 2009. Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? Revista Referência, 2009, Vol. II, 10.

### **APÊNDICE 3: AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA**



## Avaliação da sessão formativa

**Tema:** Espiritualidade no cuidado a pessoa em situação crítica: o fim de vida

**Data:** 20/10/2022

**Hora:** 14-15 e 15-16

Na avaliação sobre a sessão formativa que acabou de assistir, qual é a sua opinião relativamente a:

	NS	S	B	MB
Pertinência do tema				
Clareza dos objetivos				
Importância para os cuidados de saúde, nesta realidade				
Metodologia utilizada				
Capacidade de apresentação da formadora				
Apreciação global				

NS-Não satisfaz S-Satisfaz B-Bom MB-Muito Bom

Recomendaria esta sessão formativa? Sim  Não

Sugestões e comentários relativamente à sessão formativa.

---

---

---

**Bem-haja pela vossa presença**

Ermitéria Arcângela Baió

**Orientadora:** Prof. Doutora Maria Amélia Dias Ferreira

#### **APÊNDICE 4: RESULTADO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA**



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

### **ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO**

### **RESULTADO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO**

**Ermitéria Arcângela Baió**

**Porto, outubro de 2022**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**RASGAR HORIZONTES**

**EM BUSCA DA EXCELÊNCIA PROFISSIONAL**

**ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:**

**O FIM DE VIDA**

**Ermitéria Arcângela Baió**

**Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Amélia Dias Ferreira**

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

U.C: Estágio Final e Relatório

Porto, outubro de 2022

2

## Introdução

A reflexão sobre a prática e o debate em equipa sobre as situações/ocorrências, permite renovar conhecimentos, alterar perspetivas, desenvolvendo competências que se traduzem em melhorias de cuidados. A formação contínua é primordial, neste sentido, porque permite a atualização de conhecimentos e realização de cuidados de enfermagem de excelência.

Segundo o nosso Estatuto no seu artigo 109.º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, refere-nos que na excelência do exercício, o enfermeiro deve analisar o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudanças e manter a atualização contínua dos seus conhecimentos.

**Realizou-se esta formação no dia 20/10/2022**, numa sala do serviço destinada para esta finalidade, dividida em duas sessões. A primeira começou das 14h às 15h e a segunda das 15h às 16h, apesar de inicialmente, ter sido planeada para 30 minutos cada sessão. O entusiasmo e a participação foi tanto que se excedeu o tempo.

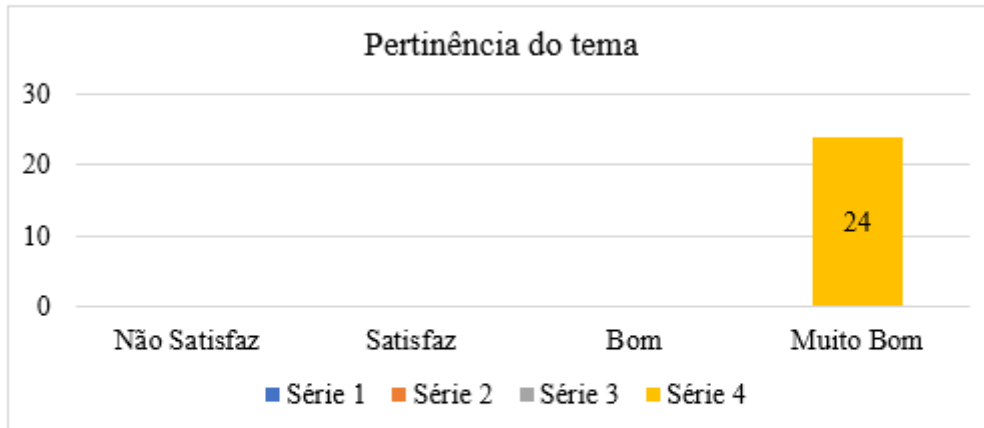
O processo de avaliação adotado baseou-se numa escala de resposta tipo Lickert com quatro opções de escolha (NS-Não satisfaz, S-Satisfaz, B-Bom, MB-Muito Bom) para aferir a satisfação dos inquiridos, relativamente a cada questão. Atendendo ao foco desta formação, optou-se por esta escala, em detrimento de outras, por motivos de consideração unidimensional.

Cada questionário foi estruturado em diversas dimensões de relevância, sendo que cada dimensão contemplou vários indicadores associados, sobre os quais se pretendeu obter o grau de satisfação.

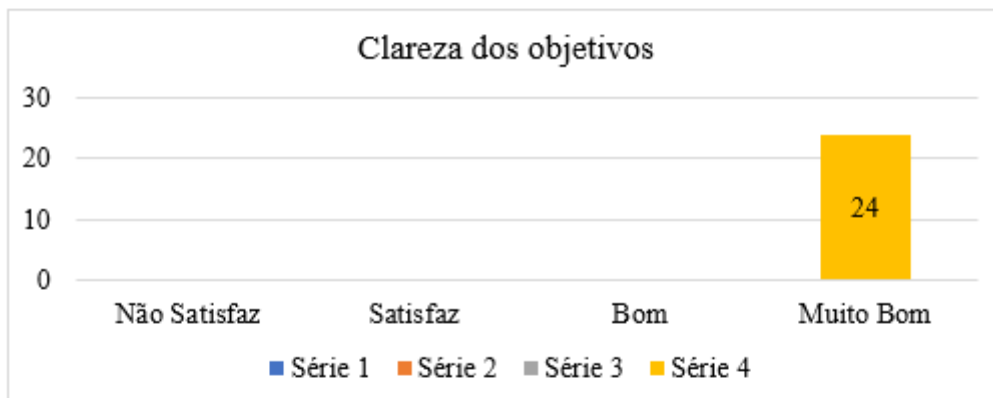
A sessão formativa teve a participação de **vinte e quatro profissionais**, entre os enfermeiros e os auxiliares de ação médica.

**Quanto a avaliação:**

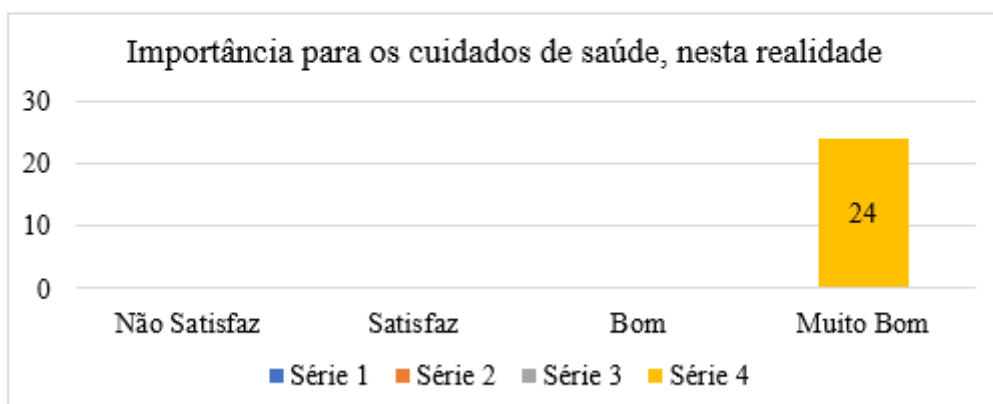
1ª



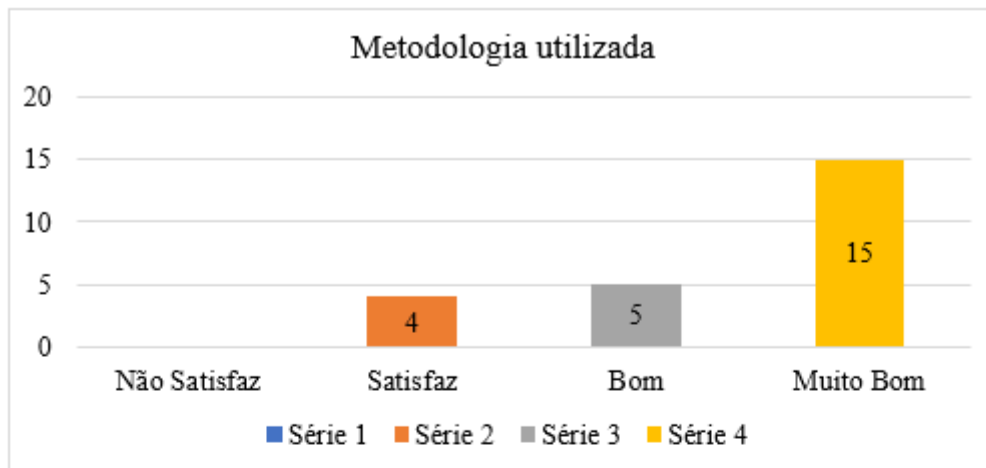
2ª



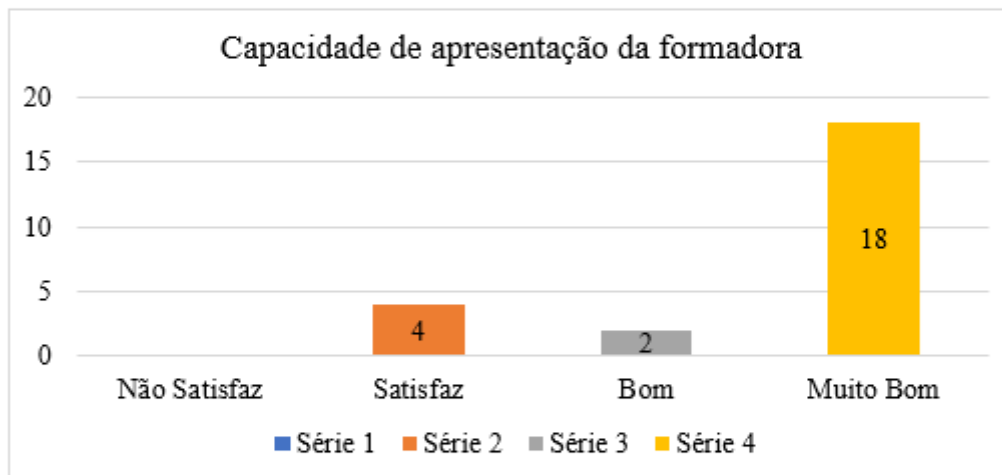
3ª



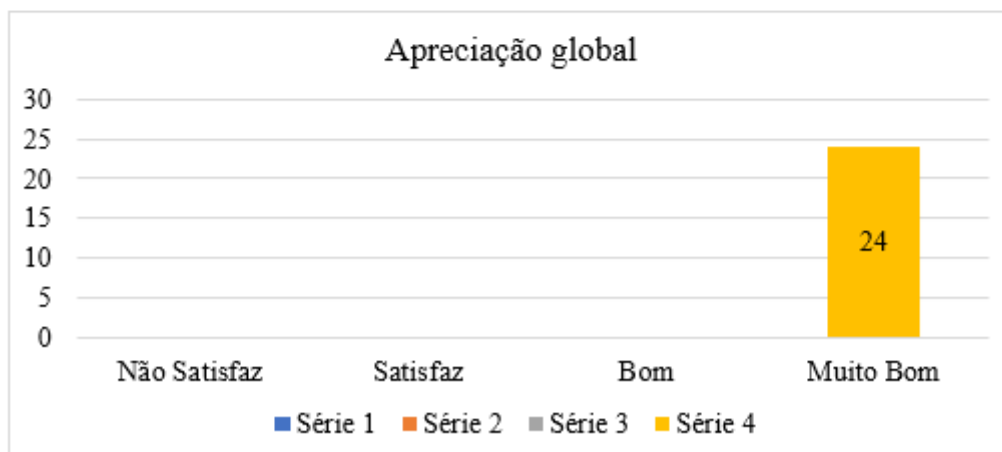
4ª

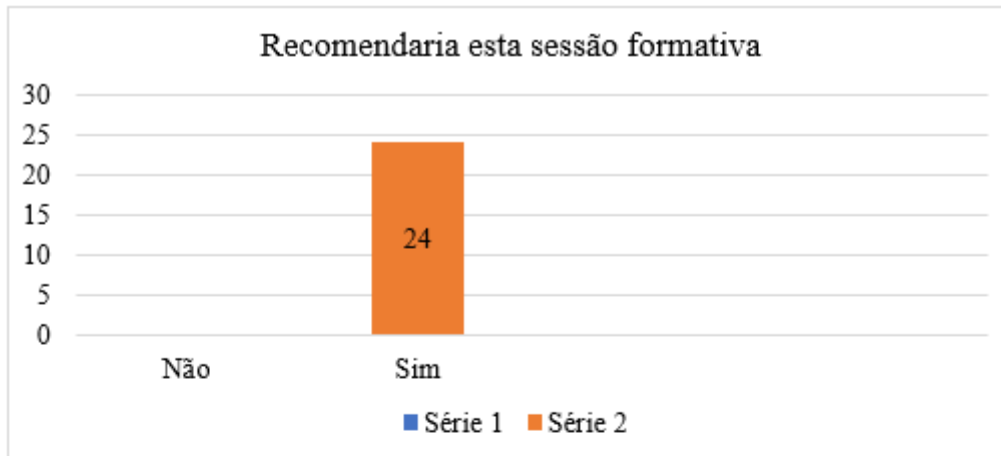


5ª



6ª





Vinte e quatro participantes referiram que o tema foi pertinente; que houve clareza nos objetivos e que o tema é de interesse atual e prático e é importante para os cuidados de saúde; classificando estes parâmetros com Muito Bom; no que refere à metodologia utilizada, quinze participantes classificaram com o muito bom, cinco com Bom e quatro com o Satisfaz; quanto a capacidade de apresentação da formadora, dezoito categorizaram com o muito bom, duas com o bom e quatro com satisfaz.

Todos manifestaram o apreço global pela formação e que o recomendaria a outros, pela sua pertinência e importância no cuidado global dos doentes e, ainda, referiram que seria importante organizar outra sessão de formação, para que os outros colegas que não tiveram oportunidade de participar, poder usufruir da mesma dada a sua atualidade na qualidade dos cuidados.

## **APÊNDICE 5: PEDIDO DE COLABORAÇÃO**

## **Pedido de Colaboração**

Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor e Srs. Enfermeiros Gestores

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com o objetivo de atingir os objetivos académicos e de desenvolver competências na área de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, venho por este meio pedir colaboração numa recolha de dados sobre a administração de antimicrobianos.

Este trabalho tem como objetivo conhecer as práticas utilizadas pelos enfermeiros do Hospital na administração dos antimicrobianos apresentados na tabela.

Será garantido o anonimato e confidencialidade dos participantes e os dados recolhidos serão usados exclusivamente para o trabalho mencionado. Não haverá registo de qualquer tipo de dados de identificação que possa comprometer o anonimato dos participantes.

Agradeço desde já a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Ermitéria Arcângela Baió  
Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Amélia Dias Ferreira

Novembro de 2022

## **APÊNDICE 6 - QUESTIONÁRIO DE ESTUDO**

**Questionário – Práticas adotados pelos Enfermeiros na Preparação de  
Administração de Antimicrobianos Intravenosos**

**INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO**

- 1- Preencha o questionário de acordo com a sua experiência e prática na preparação e administração dos antimicrobianos intravenosos apresentados;
- 2- Não identifique o seu nome, serviço ou instituição;
- 3- Após o preenchimento, deixe o questionário dentro do envelope.

Obrigada pelo seu contributo!

Unidade local do programa de prevenção e controlo de infeções  
e de resistência aos antimicrobianos

Ermitéria Arcângela Baió  
Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Amélia Dias Ferreira

Administração de Antimicrobianos									
Nome do fármaco	Solvente para reconstituição		Solvente para diluição		Administração			Método de controlo de tempo de administração	
	Qual?	Quantidade	Qual?	Quantidade					
Amoxicilina+Ácido Clavulânico 2.2G	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Direta	<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente (30 a 60 min.)	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sistema de administração de soros por gravidade	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sistema de soros com regulador de fluxo	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Perifusão contínua (24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/>	
Meropenem 1000mg	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Direta	<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente (30 a 60 min.)	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sistema de administração de soros por gravidade	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sistema de soros com regulador de fluxo	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Perifusão contínua (24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/>	
Clindamicina 600mg	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Direta	<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente (30 a 60 min.)	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sistema de administração de soros por gravidade	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sistema de soros com regulador de fluxo	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Perifusão contínua (24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/>	
Vancomicina 1000mg	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Direta	<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente (30 a 60 min.)	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sistema de administração de soros por gravidade	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sistema de soros com regulador de fluxo	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Perifusão contínua (24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/>	
Piperacilina/Tazobactam 4.5G	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Direta	<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente (30 a 60 min.)	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sistema de administração de soros por gravidade	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sistema de soros com regulador de fluxo	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Perifusão contínua (24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/>	
Ceftriaxona 2000mg	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Direta	<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente (30 a 60 min.)	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sistema de administração de soros por gravidade	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sistema de soros com regulador de fluxo	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Perifusão contínua (24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/>	
Ampicilina 1000mg	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> NaCl 0.9%	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Direta	<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente (30 a 60 min.)	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sistema de administração de soros por gravidade	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Glucose 5%		<input type="checkbox"/> Perifusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sistema de soros com regulador de fluxo	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Água de preparação de injetáveis		<input type="checkbox"/> Perifusão contínua (24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/>	

Caso haja algum aspeto que não esteja englobado na tabela e considere ser relevante, pode deixar aqui a informação:

Obrigada pelo contributo!

## **APÊNDICE 7- SEGURANÇA NA GESTÃO DOS ANTIMICROBIANOS**



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**Segurança na gestão dos antimicrobianos**  
**Papel do enfermeiro na preparação e administração**  
**intravenosa**

Ermitéria Arcângela Baió

Sob a orientação da Prof Doutora Maria Amélia Dias Ferreira

Porto, dezembro 2022

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Porto, dezembro 2022

## Lista de Siglas e Abreviaturas

CE – Comissão Europeia

DGS – Direção Geral da Saúde

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

EARS-Net – *European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*

EARSS – *European Antimicrobial Resistance Surveillance System*

EUA – Estados Unidos da América

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IV - Intravenosos

NaCl – Cloreto de Sódio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – *Organization for Economic Cooperation and Development*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPA – Programas de Apoio à Prescrição Antibiótica

PDCA – Planear, Fazer, Identificar, Agir

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

A.p.i. – Água de preparação de injetáveis

PORCAUSA – *PORTuguese Campaign for the safe Use of Antibiotics*

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TATFAR – *Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance*

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UE – União Europeia

UL - PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

WHO – *World Health Organization*

## ÍNDICE

1. Introdução.....	6
2. Resistência aos Antimicrobianos – Estado da Arte.....	8
2.1. Fatores que contribuem para o aumento da resistência aos antimicrobianos ....	9
2.2. Estratégias de prevenção da resistência aos antimicrobianos.....	13
2.3. <i>Antimicrobial Stewardship</i> – a resposta a um problema de saúde pública.....	18
2.4. Papel do enfermeiro.....	21
3. Preparação e administração intravenosa de antimicrobianos.....	24
3.1. Reconstituição, diluição e administração dos antimicrobianos mais utilizados no hospital – avaliação das práticas adotadas pelos enfermeiros.....	24
3.2. Recomendações sobre a reconstituição, diluição e administração dos antimicrobianos mais utilizados no hospital.....	25
4. CONCLUSÃO.....	32
5. Referências Bibliográficas.....	34
6. APÊNDICES.....	40
APÊNDICE I – “Questionário – Práticas Adotadas pelos Enfermeiros na Preparação de Administração de Antimicrobianos Intravenosos”.....	41

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Preparação e Administração de Antibióticos.....	30
Tabela 2 Preparação e Administração de Antibióticos (continuação).....	30
Tabela 3 Preparação e Administração de Antibióticos (continuação).....	31
Tabela 4 Preparação e Administração de Antibióticos (continuação).....	31

## 1. Introdução

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no 1º semestre do 2º ano do 15º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde-Porto, da Universidade Católica Portuguesa, está previsto um estágio de 360 horas, que está dividido em dois contextos de prática, cada um com 180 horas de contacto. No segundo contexto de estágio, que decorreu numa Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL - PPCIRA) entre 27 de outubro e 17 de dezembro, foi desenvolvido um trabalho sobre os cuidados de enfermagem na gestão dos antimicrobianos. Mais precisamente, sobre os procedimentos adotados na preparação e administração destes fármacos por via intravenosa.

Este trabalho foi proposto pela Enfermeira tutora, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre em Infecção Associada aos Cuidados de Saúde e surge no âmbito de um projeto de melhoria da UL – PPCIRA. Foi desenvolvido com a colaboração das estudantes Marina Brandão e Ermitéria Baió, orientadas pela Professora Doutora Patricia Coelho e Professora Doutora Amélia Ferreira, respetivamente.

Os três principais objetivos das UL-PPCIRA são a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), redução do uso de antimicrobianos e redução da taxa de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Para os atingir, algumas das intervenções destas equipas incluem a formação e educação dos profissionais de saúde, a realização de auditorias às estruturas locais com respetivo feedback, a emissão de normas de orientação clínica e implementação de feixes de intervenção.

Estas intervenções têm demonstrado ser eficazes na redução da incidência das IACS. Contudo, o aumento das resistências aos antimicrobianos (RAM), associado ao escasso desenvolvimento de novos fármacos para o tratamento de infeções, traz novos desafios para a prática clínica.

Existe evidência científica que demonstra que o uso incorreto de antimicrobianos contribui para o aumento das resistências (WHO, 2021). Por isso, é importante preservar os antimicrobianos que temos disponíveis e maximizar a sua ação (Zhu & Zhou, 2018).

Nesse sentido, têm sido efetuados estudos com o objetivo de determinar, para cada fármaco, os métodos de administração intravenosa mais eficazes (Zhu & Zhou, 2018). E, como a pessoa em situação crítica apresenta maior suscetibilidade ao desenvolvimento de

IACS, alguns dos estudos que procuram otimizar a administração de antimicrobianos estão focados nessa população.

O enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica desempenha um papel proativo e fundamental na implementação de intervenções no âmbito da prevenção e controlo de infeção. Mas a sua ação no âmbito do combate das RAM poderá e deverá ser maximizada.

Um das funções dos enfermeiros é a administração de medicação. E, com a emergência de novas resistências, torna-se necessário perceber se os procedimentos adotados na preparação e administração de antimicrobianos podem ser melhorados. Se os enfermeiros aplicarem boas práticas na preparação e administração destes fármacos, o desenvolvimento de resistências poderá ser minimizado (Van Huizen et al., 2021).

Os objetivos deste trabalho são: conhecer as práticas adotadas pelos enfermeiros dos serviços de internamento de adultos na preparação e administração de antimicrobianos, descrever o estado da arte no âmbito das resistências aos antimicrobianos, determinar as intervenções necessárias para uma melhoria contínua da qualidade adequada ao contexto, uniformizar as práticas de enfermagem e contribuir para a adoção de boas práticas no combate à resistência dos antimicrobianos.

A metodologia do Ciclo de PDCA (Planear, Fazer, Identificar, Agir) foi utilizada para organizar a construção deste projeto de melhoria. Este trabalho apresenta alguns passos da primeira etapa do ciclo, a do planeamento. Esta engloba a identificação do problema, definição dos objetivos, pesquisa sobre a temática, análise da situação atual, elaboração de estratégias de melhoria e definição do plano de ação (Pan et al., 2022).

Para a elaboração deste trabalho foi adotada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, fundamentada com artigos científicos provenientes de pesquisa realizada em bases de dados. Foram consultadas diretrizes e artigos elaborados e publicados por autores e entidades de referência nesta área de estudo.

O trabalho é composto pela introdução, descrição do estado da arte relativamente às RAM, o que leva ao seu desenvolvimento e as estratégias que podem ser adotadas para a sua prevenção. Posteriormente abordamos as estratégias que têm sido desenvolvidas para a prevenção das RAM a nível global, europeu e nacional e o papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar. Também é apresentada a evidência científica existente sobre as boas práticas na preparação e administração de antimicrobianos e o desenvolvimento de um questionário de avaliação das práticas adotadas pelos enfermeiros na preparação e administração dos antimicrobianos. No fim terminamos com a conclusão.

## 2. Resistência aos Antimicrobianos – Estado da Arte

A resistência aos antimicrobianos (RAM) ocorre quando as bactérias, vírus, fungos e parasitas desenvolvem mecanismos que os tornam resistentes aos medicamentos que previamente eram eficazes no tratamento de infecções por eles causadas (WHO, 2015). Este processo pode ocorrer de forma natural e ao longo do tempo, contudo a utilização excessiva e desadequada de antimicrobianos nos cuidados de saúde humana e animal, na agricultura e no ambiente pode acelerar o desenvolvimento de resistências (WHO, 2015).

Em 1945, no ano em que ganhou o Prémio Nobel pela descoberta da penicilina, *Alexander Flemming* alertou as pessoas que o uso inadequado dos antibióticos poderia levar ao desenvolvimento de bactérias resistentes (Uddin et al., 2021). Mas apenas anos mais tarde foram identificados os primeiros microrganismos multirresistentes que levaram à necessidade de desenvolver novas classes de antimicrobianos (Uddin et al., 2021).

O aumento das RAM pode dificultar ou mesmo impossibilitar o tratamento de algumas infecções. Este problema pode ter consequências graves, que incluem a persistência das infecções, o aumento da sua disseminação e o aumento da morbidade e mortalidade associada. Este é um problema de saúde pública à escala global que tem impacto económico, social e ambiental. Afeta vários setores da sociedade, exigindo a implementação de várias medidas intersectoriais (WHO, 2015).

Existem cada vez menos laboratórios que investem no desenvolvimento de novos antibióticos e a última classe a ser descoberta foi em 1987 (Uddin et al., 2021). Os estudos científicos atuais centram-se no desenvolvimento de outros tipos de fármacos para o tratamento das infecções, na investigação sobre estratégias de prevenção das RAM, na descoberta de novos métodos de diagnóstico e na prevenção das doenças infecciosas (Uddin et al., 2021).

Para dar resposta ao combate das RAM e otimizar o uso do antimicrobianos, têm sido implementados programas de combate à resistência dos antimicrobianos ou *Antimicrobial Stewardship Programs*.

*Antimicrobial stewardship* é um termo que não tem tradução direta para a língua portuguesa e que consiste num conjunto de ações de promoção do uso adequado dos antimicrobianos a nível individual, organizacional, nacional, global e intersectorial (WHO, 2019). Um *Antimicrobial Stewardship Program* ou programa de combate à

resistência dos antimicrobianos engloba a implementação de intervenções baseadas em evidência científica, por parte dos sistemas de saúde e/ou organizações de saúde, com o objetivo de promover o uso adequado dos antimicrobianos (WHO, 2019).

O termo *antimicrobial stewardship* inicialmente começou a ser utilizado para definir um conjunto de ações que promovem a prescrição adequada de antimicrobianos, que é da responsabilidade médica. Contudo, numa revisão narrativa da literatura, Dyar et al. (2017), concluíram que este termo é cada vez mais utilizado por outros profissionais e em contextos mais abrangentes. Na área da saúde, as ações de *antimicrobial stewardship* variam de acordo com as competências e funções de cada profissional. Estes autores defendem que *antimicrobial stewardship* é melhor definido como um conjunto de ações que promovem o uso responsável dos antimicrobianos (Dyar et al., 2017).

Nos próximos subcapítulos iremos abordar os fatores que contribuem para o aumento das RAM, as estratégias prevenção, os esforços organizacionais e governamentais que têm contribuído para o combate às RAM e os contributos dos enfermeiros.

## **2.1. Fatores que contribuem para o aumento da resistência aos antimicrobianos**

As RAM resultam de um processo de seleção natural darwiniana decorrente da exposição dos microrganismos aos diferentes antimicrobianos. Muitas das práticas adotadas na saúde humana e veterinária, na agricultura e ambiente aceleram este processo, aumentando a incidência dos microrganismos multirresistentes (Holmes et al., 2016).

A maioria dos antimicrobianos que são utilizados na prevenção e tratamento de infeções são desenvolvidos a partir de uma produção natural realizada por microrganismos, mas existem outros que derivam de modificações sintéticas desses processos naturais, havendo ainda uma pequena minoria que é de origem totalmente sintética. Independentemente da origem do medicamento, natural ou sintética, os microrganismos são capazes de desenvolver resistências aos diferentes tipos de antimicrobianos (Holmes et al., 2016).

Todos os seres humanos possuem uma população microbiana indigena/comensal, semelhante em todo o mundo, que é constituída por bactérias, fungos, vírus e protozoários (Friedman & Newson, 2011). Essa população microbiana comensal estabelece-se desde os primeiros dias de vida do ser humano. O meio ambiente, a água e os bens alimentares influenciam o seu desenvolvimento (Holmes et al., 2016).

Alguns dos microrganismos da população indígena dos seres humanos podem ser resistentes aos antimicrobianos. Contudo, estes não causam infecção pois fazem parte de um ecossistema, onde espécies com e sem resistências são capazes de coexistir em equilíbrio (Holmes et al., 2016).

Os microrganismos indígenas podem passar a ser nocivos para o ser humano quando existe perda do equilíbrio do ecossistema. Este desequilíbrio pode ocorrer quando há exposição aos antimicrobianos, imunossupressão ou alteração das condições locais, como por exemplo, pela utilização de dispositivos invasivos (Friedman et al., 2011).

Na generalidade, os microrganismos mantêm a sua sobrevivência pela sua capacidade de se replicarem, multiplicarem e adaptarem ao meio ambiente. Esta sobrevivência é consequência de um conjunto de alterações que ocorrem nestes seres, nomeadamente: mutação genética, transferência de material genético e pressão seletiva (Uddin et al., 2021). Na presença de um antibiótico, estas modificações genéticas podem, eventualmente, torná-los imunes ao fármaco (Uddin et al., 2021).

O uso de medicação antimicrobiana desencadeia uma resposta na flora microbiana que, por pressão seletiva, permite que os microrganismos que já possuem resistências, ou aqueles que desenvolvem mutações, sejam capazes de sobreviver e se proliferar (Holmes et al., 2016).

**Existem fatores modificáveis que contribuem para o desenvolvimento das RAM**, nomeadamente: o uso exagerado, inadequado e errado dos antimicrobianos, as interações entre os microrganismos patogênicos e o agente antimicrobiano, ambientes hospitalares de risco e a transmissão cruzada de RAM entre seres humanos, animais e o meio ambiente. (Uddin et al., 2021).

O uso exagerado, inadequado e errado dos antimicrobianos está associado ao desenvolvimento das RAM (WHO, 2015). Esta prática expôs os seres humanos a concentrações altas de antimicrobianos, o que desencadeou o desenvolvimento de resistências a fármacos de última geração. Alguns casos de tuberculose e gonorreia desenvolveram resistência a todos os tipos de antibióticos existentes para o seu tratamento (WHO, 2015).

Existem inclusivamente bactérias multirresistentes que são hipermutáveis, ou seja, que apresentam uma capacidade para desenvolver várias mutações na sua replicação. Esses tipos de bactérias podem ser encontrados em pessoas com fibrose quística (Holmes et al., 2016).

Esta relação de causa-efeito entre o uso de antimicrobianos e o desenvolvimento das RAM pode parecer simples de compreender e de resolver, contudo existem outras variáveis que devem ser analisadas.

As interações entre os microrganismos patogênicos e o agente antimicrobiano podem contribuir para o aumento das RAM (Uddin et al., 2021). Para compreender de que modo esta interação ocorre, é importante conhecer o modo de ação dos antimicrobianos pois existem vários tipos de antimicrobianos. Estes podem ser agrupados de acordo com cinco mecanismos de ação, nomeadamente: inibição da síntese da parede celular, inibição da síntese proteica, inibição da síntese dos ácidos nucleicos, inibição da metabolização celular e destruição da parede celular (Uddin et al., 2021).

Os microrganismos podem desenvolver resistências a estes grupos de antimicrobianos de forma natural ou adquirida. O desenvolvimento natural das RAM ocorre através de processos inatos aos próprios microrganismos ou através de processos mediados pela exposição do microrganismo ao tratamento com antimicrobianos (Uddin et al., 2021). As RAM adquiridas ocorrem por translação, conjugação, transposição ou mutações a nível do DNA dos próprios microrganismos.

Os mecanismos de ação desenvolvidos pelos microrganismos multirresistentes reduzem ou eliminam a eficácia dos antimicrobianos pela limitação da absorção do fármaco, inibição da ação do fármaco no seu alvo de ação, inativação do agente antimicrobiano ou através do transporte do antimicrobiano para o exterior da membrana celular através do um sistema de bombas de efluxo (Uddin et al., 2021).

Como referido anteriormente, a transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes, que pode ocorrer entre humanos, entre humanos e animais e entre humanos e o meio ambiente contribuiu para o aumento das resistências (Holmes et al., 2016).

A transmissão de microrganismos multirresistentes entre humanos ocorre, maioritariamente, por via fecal-oral, por contacto sexual e na prestação de cuidados de saúde. As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) estão amplamente estudadas e contribuem para a transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes (Holmes et al., 2016). As IACS são um problema de saúde pública associado a um aumento da morbilidade, mortalidade e dos custos financeiros. É um problema que põe em causa a segurança das pessoas que recorrem aos serviços de saúde e para o qual devem ser implementadas medidas de prevenção (Pina et al., 2010).

Num relatório elaborado pelo ECDC e o gabinete regional Europeu da WHO (2022), foram apresentados os resultados das vigilâncias epidemiológicas dos microrganismos multirresistentes, nomeadamente: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus Pneumoniae*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Escherichia Coli*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium* (ECDC & WHO, 2022). No mesmo relatório, foi salientado que na União Europeia, entre 2016 e 2020, houve um aumento dos microrganismos com resistências aos carbapenemos. As infeções causadas por enterobactérias resistentes aos carbapenemos (CRE) estão associadas a uma elevada taxa de mortalidade devido à limitação de opções de tratamento das mesmas (ECDC & WHO, 2022).

A transmissão de microrganismos multirresistentes também pode ocorrer entre seres humanos e animais e envolve a transmissão de microrganismos comensais e oportunistas. Nomeadamente, espécies como *Escherichia Coli*, *Enterococci* e *Staphylococcus aureus* podem ser transmitidas por esta via (Holmes et al., 2016). Existe ainda um uso exagerado de antimicrobianos na medicina veterinária, na produção de alimentos e na agricultura que contribuem para o desenvolvimento das RAM (Holmes et al., 2016).

A transmissão de organismos multirresistentes entre os seres humanos e o meio ambiente pode ser uma das consequências das práticas utilizadas no saneamento e processamento de resíduos (Holmes et al., 2016). O meio ambiente também pode contribuir para o aumento das RAM por causa das práticas adotadas na agricultura, nomeadamente o uso de determinados metais que têm propriedades fungicidas e bactericidas e do uso de alguns tipos de fertilizantes nitrogenados (Holmes et al., 2016).

Por último, fatores associados com as estratégias de saúde pública, a organização dos sistemas de saúde, a migração e turismo e a densidade populacional também influenciam a incidência das RAM.

Atualmente considera-se que é possível minimizar e prevenir o desenvolvimento das RAM através eliminação dos mecanismos que conduzem à pressão seletiva, nomeadamente a forma como os antimicrobianos são utilizados (Holmes et al., 2016).

No próximo iremos abordar algumas das estratégias que têm sido estudadas e implementadas no combate das RAM.

## 2.2. Estratégias de prevenção da resistência aos antimicrobianos

O desenvolvimento das resistências aos antimicrobianos pode ocorrer através de um processo de mutação natural. À medida que as bactérias se multiplicam, por vezes uma vez a cada 20 minutos, as mutações podem ser expressas muito rapidamente. A resistência pode ser transferida aquando da sua multiplicação e para bactérias de estirpes diferentes. A aquisição de resistências pode ocorrer por plasmídeos, transposições ou mutações genéticas transferidas à sua descendência (células filhas). Este processo provoca alterações nos locais de ação dos antibióticos que, através da produção de enzimas ou através de processos que diminuem a absorção dos fármacos, diminuem a eficácia do tratamento (Friedman & Newsom, 2011).

O aumento contínuo da resistência a antibióticos, particularmente entre patógenos gram-negativos é uma ameaça para os cuidados de saúde da atualidade (Wood et al., 2021). O objetivo do tratamento de infeções com antimicrobianos é a eliminação do agente patogénico e, simultaneamente, garantir a prevenção de riscos e complicações por eles causadas, particularmente a toxicidade e o desenvolvimento de resistências. Nesse sentido, têm sido desenvolvidos antimicrobianos que possam dar respostas consistentes e atempadas aos vários agentes patogénicos (Wood et al., 2021).

A descoberta dos antibióticos foi um evento revolucionário que salvou milhões de vidas, contudo a sua eficácia tem vindo a diminuir devido ao desenvolvimento de microrganismos multirresistentes. Os microrganismos foram desenvolvendo resistências, surgindo o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, a tuberculose multirresistente, as bactérias Gram-negativas produtoras de beta-lactamases, as bactérias produtoras de carbapenemases, entre outros. O desenvolvimento das RAM criou um ciclo vicioso que levou ao desenvolvimento e utilização de novos antibióticos que são invariavelmente mais caros e as alternativas começam a ser cada vez mais escassas (Friedman & Newsom, 2011).

As taxas de infeção causadas por bactérias multirresistentes têm aumentado em todo o mundo. Porém, o escasso desenvolvimento de novos fármacos para o tratamento de infeções não se traduz numa resposta muito otimista. O mais notável a este respeito é a falta de antibióticos eficazes disponíveis para o tratamento destas infeções devidas a patógenos gram-negativos (Wood et al., 2021).

Vários estudos salientam a importância da necessidade de otimização dos diagnósticos de infeção através da utilização de todos os meios possíveis, mesmo que isso

implique a administração de antibiótico precocemente e posterior interrupção imediata, quando fica estabelecida a ausência de infecção bacteriana (Wood et al., 2021; Zhu & Zhou, 2018)

A resistência antimicrobiana ameaça o próprio cerne da medicina moderna e a sustentabilidade de uma resposta eficaz e global de saúde pública à ameaça persistente de doenças infecciosas. Os medicamentos antimicrobianos eficazes são pré-requisitos tanto para medidas preventivas como curativas. Devemos garantir a proteção das pessoas de doenças potencialmente fatais e assegurar que procedimentos complexos, tais como cirurgias e quimioterapias, possam ser executados com baixo risco (WHO, 2015).

No entanto, a utilização sistemática abusiva e excessiva destes medicamentos na medicina humana e veterinária e na produção de alimentos tem colocado todas as nações em risco. Sem uma ação harmonizada e imediata à escala global, o mundo caminha para uma era pós-antibiótica em que as infecções comuns poderiam mais uma vez matar e causar danos irreversíveis (WHO, 2015).

Os agentes antimicrobianos usam vários mecanismos contra as bactérias para prevenir sua patogênese e podem ser classificados como bactericidas ou bacteriostáticos. Existem vários tipos de agentes antimicrobianos, os antibióticos são um deles e estão divididos em várias classes, cada uma com alvos diferentes (Shah et al., 2015).

A resistência bacteriana é um motivo de grande preocupação para as organizações de saúde. Por isso, a otimização da dose antibacteriana é um desafio clínico significativo no diagnóstico e tratamento de infecções, sobretudo nas situações clínicas que evoluem para um quadro de sépsis. Na sépsis e no choque séptico, algumas alterações fisiopatológicas podem alterar a farmacocinética do antibiótico prescrito, dificultando a sua dosagem e absorção. A incidência da sépsis em unidades de cuidados intensivos (UCI) a nível internacional tem demonstrado ser de 51%, com 71% das pessoas a receberem um antibacteriano durante o seu internamento na UCI (Shah et al., 2015).

O combate contra as RAM requer uma resposta abrangente para conter e mitigar problemas de saúde e as consequências económicas associadas à mesma. A OMS considera as RAM como uma prioridade sanitária e, nesse âmbito, em 2015 propôs um *Global Action Plan* onde ficaram delineados cinco objetivos centrais, que incluem:

- Melhorar o conhecimento e a compreensão da RAM;
- Reforço dos conhecimentos através da vigilância e investigação;
- Reduzir a incidência de infeções;
- Otimizar a utilização de agentes antimicrobianos;

- Desenvolver argumentos económicos a favor de abordagens sustentáveis para desenvolvimento de novos medicamentos, ferramentas de diagnóstico, vacinas e outras intervenções (Majumder et al., 2020).

As estratégias nacionais devem procurar abordar as prioridades específicas do país com base em fatores demográficos e sociais, centrando-se no reforço da vigilância epidemiológica dos microrganismos resistentes, administração dos antimicrobianos na saúde humana e veterinária e na criação de programas de prevenção e controlo de infeção. Também é fundamental a realização de investigação sobre várias abordagens diagnósticas e terapêuticas inovadoras e, por fim, a implementação de programas educacionais que visam grupos profissionais e a população em geral (Majumder et al., 2020)

Um dos objetivos do plano de ação sobre o RAM é o desenvolvimento de programas de *Antimicrobial Stewardship* que, através de uma abordagem organizacional, visam monitorizar a utilização dos agentes antimicrobianos e promover as boas práticas (WHO, 2015).

Um dos objetivos destes programas de *Antimicrobial Stewardship* é a minimização da pressão antibiótica, ou seja, a prevenção da seleção natural induzida pela utilização dos antimicrobianos que promove o desenvolvimento de microrganismos resistentes. Embora a diminuição da pressão antibiótica possa reduzir os níveis de resistência, ainda não foi possível demonstrar o seu impacto sobre o indivíduo. Apesar disso, entende-se que a prevenção das RAM deve envolver a limitação da utilização de classes homogêneas de antimicrobianos, mantendo uma prescrição diversificada. Este tipo de estratégia pode ser implementado recorrendo, por exemplo, a Programas de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA) (Majumder et al., 2020; Pulcini, et al., 2019)

Ao longo do tempo, o uso prolongado e extensivo de antibióticos levou ao desenvolvimento das RAM, desenvolvimento de novas estirpes de microrganismos e à redução da eficácia dos tratamentos. Estas práticas provocaram consequências profundas que levaram ao aumento da morbilidade e mortalidade e/ou complicações clínicas (Abushaheen et al., 2020).

A utilização inadequada dos antimicrobianos muitas vezes é consequência das limitações funcionais existentes ao nível do diagnóstico rápido e fiável de doenças infecciosas, particularmente na identificação do agente patogénico. O tratamento inadequado de infeções está relacionado com o aumento da morbilidade e mortalidade e no aumento dos tempos de internamento hospitalar (Uddin et al., 2021; Majumder et al.,

2020). Normalmente, a escolha do antibiótico é determinada pelo isolamento do agente patogénico e pela determinação do seu perfil de suscetibilidade aos antibióticos.

A realização dos testes de sensibilidade aos antibióticos é uma medida fundamental na prevenção das RAM, pois permite a adequação dos antibióticos ao patógeno (Abushaheen et al., 2020). Contudo, os resultados nem sempre estão disponíveis em tempo útil. Têm sido efetuados estudos no sentido de desenvolver testes diagnósticos mais rápidos (Holmes et al., 2016). No entanto, o seu desenvolvimento e implementação têm sido lentos devido a constrangimentos técnicos e financeiros (Holmes et al., 2016).

Os testes de sensibilidade são fundamentais para a prevenção das RAM, pois estes permitem avaliar a resposta, *in vitro*, de um microrganismo à ação de um ou vários antibióticos. A utilização deste método permite que o clínico faça uma prescrição mais adequada e dirigida à infeção causada pelo agente patogénico identificado na amostra (Kahlmeter et al., 2022).

O resultado dos testes de sensibilidade tem um impacto positivo sobre a pessoa, uma vez que permite determinar o sucesso ou o insucesso terapêutico de um tratamento específico por um antibiótico ou conjunto de antibióticos. Também é útil para o clínico reorientar a terapêutica instituída empiricamente, permitindo a escolha de antibióticos de espectro mais reduzido (Kahlmeter et al., 2022).

Nas situações de doença aguda, em que se requer a prescrição de antimicrobianos de forma célere, muitas vezes esta informação não se encontra disponível em tempo útil. Nestes casos, a decisão de iniciar um antibiótico, a sua escolha e o modo de administração resultam de um processo de recolha de dados clínicos e do contexto epidemiológico. Vários estudos demonstram que, principalmente nos casos de choque séptico, o início precoce de antibioterapia, mesmo que de forma empírica, é um fator preponderante e que salva a vida das pessoas (Eyler & Shvets, 2019).

No caso das situações de menor gravidade, em que a probabilidade de infeção bacteriana é baixa, recomenda-se uma estratégia mais conservadora, investindo na confirmação do diagnóstico de infeção, identificação de foco e recolha de amostras para estudos microbiológicos antes de iniciar antibiótico (Abushaheen et al., 2020).

A administração de antimicrobianos para o tratamento de infeções é fundamental, mas também é indispensável garantir o controlo do foco o mais rapidamente possível e através de estudos microbiológicos. A seleção correta do antibiótico depende da verosimilhança dos focos, dos agentes, do risco de resistências, de efeitos adversos e do contexto de cada pessoa (Eyler & Shvets, 2019).

Esta avaliação das sensibilidades aos antimicrobianos acrescenta um grande valor para a instituição, uma vez que permite registrar as taxas de suscetibilidade e monitorizar as resistências ao longo do tempo. Também permite comparar os valores entre diferentes instituições, o que pode ajudar na identificação de alertas epidemiológicos para a emergência de problemas de saúde pública relacionados com a emergência de mecanismos de resistência (Belkum et al., 2020).

Só se consegue garantir a prevenção do RAM se a escolha do antibiótico for apropriada tendo em conta o hospedeiro e o foco da infeção. O antimicrobiano selecionado deverá ser sensível ao agente infeccioso e administrado de forma adequada, tendo em conta a dose, a via de administração e a frequência (Ferri et al., 2017).

Outra medida de prevenção do desenvolvimento das RAM e onde tem sido efetuada investigação é a vacinação (Majumder et al., 2020). As vacinas permitem que o sistema imunitário, na presença de um agente patogénico, seja capaz de identificar e responder de forma rápida e eficiente. É improvável que as vacinas sejam capazes de proteger contra todos os microrganismos que contribuem para a RAM. No entanto, a investigação e desenvolvimento de novas vacinas, uma vez comprovada a sua eficácia, segurança e implementação adequada, pode ser uma medida eficaz para o combate das RAM (Majumder et al., 2020).

Consequentemente, a implementação inadequada da vacinação e a redução das taxas de vacinação que se tem verificado pode levar ao desenvolvimento de reservatórios de agentes patogénicos dentro da população, que podem tornar-se resistentes aos agentes antimicrobianos (Majumder et al., 2020).

Dada a importância da vacinação para a saúde global, pode tornar-se uma questão de interesse global implementar políticas de vacinação que atendam ao bem maior da população, mas limitem o risco associado à declinação de vacinas (Friedman & Newsom, 2011; Majumder et al., 2020).

A vigilância epidemiológica das infeções provocadas por organismos multirresistentes é um método eficaz e que contribui para o combate das RAM (ECDC & WHO, 2022). Ao longo dos anos, os métodos utilizados na vigilância epidemiológica têm sido melhorados e aprimorados e cada vez mais países aderem à sua implementação. Os dados colhidos nas vigilâncias epidemiológicas permitem conhecer a dimensão real deste problema. Também permitem a fundamentação do processo de tomada de decisão relativamente às prioridades e estratégias a implementar para mitigação das situações identificadas. Após a implementação das estratégias, torna-se possível determinar a

eficácia das intervenções uma vez que a vigilância é realizada de forma contínua e ao longo do tempo (ECDC & WHO, 2022).

Em 2017, a OMS publicou uma listagem de bactérias multirresistentes consideradas prioritárias para a investigação de novos antimicrobianos (WHO, 2017). As bactérias denominadas pelo acrónimo ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacter cloacae*) são uma ameaça para a saúde, responsáveis por dois terços das IACS e com grande potencialidade de resistência aos antibióticos (Giono-Cerezo et al., 2020).

O CDC procurou identificar e classificar os microrganismos com base no nível de saúde e impacto económico sobre a humanidade (Morshad et al., 2019). Tanto o CDC como a OMS têm tomado iniciativas no sentido de analisar o risco, identificar os fatores causais e gerir eficazmente esta preocupação global referentes ao RAM.

A transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes durante a prestação de cuidados de saúde contribui para o aumento das RAM (Holmes et al., 2016). Por esse motivo, a adesão às boas práticas no âmbito da prevenção e controlo de infeção é outra medida considerada como fundamental no combate às resistências (Holmes et al., 2016).

Apesar de todas estas medidas referidas contribuírem para o combate das RAM, existem vários fatores que contribuem para a sua implementação. É necessário envolvimento dos profissionais e população em geral, mas também um incentivo e liderança a nível político, organizacional e institucional. No próximo capítulo iremos abordar os esforços que foram feitos para implementar estratégias eficazes na prevenção das RAM.

### **2.3. Antimicrobial Stewardship – a resposta a um problema de saúde pública**

Nos últimos 20 anos, a OMS, o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), as Nações Unidas, a Comissão Europeia (CE) e outras entidades nacionais e internacionais têm publicado documentos com diretrizes, orientações e estratégias para o combate das RAM.

Em 2001, a OMS, reconhecendo que as RAM eram um problema que exigia uma intervenção coordenada e global, publicou a *WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance*. O documento apresenta recomendações para a implementação de estratégias e intervenções que contribuem para minimizar o desenvolvimento das

RAM e a propagação de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Também foi salientado que seria fundamental determinar a eficácia das intervenções implementadas, contribuindo para uma melhoria contínua (WHO, 2001).

Na Europa, o *European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)* é o maior sistema público de vigilância das RAM (ECDC, 2021). Este sistema tem um papel fundamental na consciencialização dos setores políticos, económicos, comunidade científica e do público em geral. Foi criado em 1998 pelo Diretor Geral da Saúde e Defesa do Consumidor da Comissão Europeia e pelo Ministro da Saúde, Bem-estar e Desporto da Holanda, sendo inicialmente denominado por *European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS)*. Este organismo começou a englobar cada vez mais países europeus e em 2010 foi transferido para o ECDC com a nomenclatura *EARS-Net* (ECDC, 2021).

O Dia Europeu do Antibiótico foi implementado em 2007 pelo ECDC com o objetivo de consciencializar os profissionais de saúde e a população em geral para esta problemática que todos os anos contribui para o aumento da morbidade e mortalidade associada às infeções causadas por microrganismos multirresistentes (ECDC, 2022).

Em 2009, numa cimeira entre Estados Unidos da América (EUA) e a União Europeia (UE), foi criada a *Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance (TATFAR)*. Este grupo de trabalho teve como objetivo melhorar a resposta no combate das RAM através da cooperação entre profissionais do país norte-americano e a UE. Foram elaboradas várias recomendações sobre três áreas consideradas prioritárias no âmbito das RAM. Nomeadamente, o uso adequado de antimicrobianos na saúde humana e veterinária, a prevenção de infeções causadas por microrganismos multirresistentes e as estratégias de otimização do uso de antimicrobianos (*TAFTAR*, 2011). Para garantir que as intervenções recomendadas seriam implementadas, a *TAFTAR* acompanhou e monitorizou as mesmas ao longo do tempo. Deste modo, puderam determinar a eficácia dos processos implementados, contribuindo para a sua melhoria.

O trabalho desenvolvido pela *TAFTAR* teve resultados positivos, contudo os membros da equipa salientaram que as RAM são um problema à escala global e o trabalho desenvolvido tinha apenas englobado os EUA e a UE. Num relatório elaborado pela *TAFTAR*, a equipa salientou que a OMS seria a organização mais adequada para liderar e implementar medidas de prevenção semelhantes à escala mundial (*TAFTAR*, 2011).

Em 2012, a OMS publicou o documento *The Evolving Threat of Antimicrobial Resistance – Options for Action*. Neste documento, analisaram os resultados da

implementação de intervenções que tinham sido recomendadas pela própria organização em 2001. Também apresentaram recomendações para a melhoria dos sistemas de vigilância epidemiológica, melhoria do uso dos antimicrobianos nos hospitais e comunidade, investimento em programas de controlo de infeção e o investimento no desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas. Foi ainda salientada a necessidade de promover o envolvimento e compromisso dos sistemas políticos de cada país no combate às RAM (WHO, 2012).

Num documento denominado *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance* publicado em 2015, a OMS referiu que iria trabalhar com as Nações Unidas no sentido de promover o envolvimento político, fundamental para o financiamento e implementação de medidas de combate às RAM. Introduziram o conceito de *One Health* para reforçar a necessidade de intervir a nível intersectorial e de continuar o trabalho desenvolvido com a *World Organization for Animal Health* e a *Food and Agriculture Organization of the United Nations*. Comprometeram-se a desenvolver um plano de ação para os vários setores, nomeadamente da saúde humana e animal, agricultura, ambiente, finanças e ainda para o envolvimento da população em geral (WHO, 2015).

Este plano de ação incluiu estratégias de apoio aos países para a implementação das medidas recomendadas. Além disso, começaram a avaliar e monitorizar a eficácia das intervenções implementadas, permitindo a elaboração de relatórios para a exposição dos resultados obtidos (OMS, 2015).

O plano de ação da OMS também incluiu a adoção de estratégias de consciencialização para todos os cidadãos e profissionais dos vários setores. Nesse âmbito, em 2015 foi assinalada a primeira Semana Mundial da Consciencialização sobre o uso dos Antibióticos, que se repete todos os anos com diferentes campanhas (OMS, 2022).

Desde que foi publicado o *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance*, em 2015, o ECDC e a OMS têm publicado vários relatórios e documentos com recomendações atualizadas e cada vez mais concretas para o combate às RAM.

Na Europa, estima-se que todos os anos, mais de 670 000 infeções sejam causadas por organismos multirresistentes e aproximadamente 33 000 pessoas morram como consequência direta destas infeções. Estima-se que os custos associados aos cuidados de saúde derivados desta problemática seja de 1.1 mil milhões de euros (*Organization for Economic Cooperation and Development* [OECD], 2019).

Em Portugal, em 2013, foi efetuada a fusão entre o Programa Nacional de Controlo de Infecção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, formando o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Os objetivos gerais do programa são a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso adequado dos antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Este programa foi definido como prioritário no Plano Nacional de Saúde de 2016 (Despacho n.º 6401/2016, 2016).

A Direção Geral da Saúde (DGS), através da PPCIRA lançou a *Portuguese Campaign for the safe Use of Antibiotics* (PORCAUSA), com o objetivo de contribuir para a literacia em saúde e sensibilizar a população portuguesa para a problemática das RAM (DGS, 2019).

Face à necessidade de melhorar vários indicadores no âmbito do controlo de infeção e das RAM, bem como as alterações provocadas pela pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2 e inserido no âmbito do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD, 2022), em 2022, a estrutura da PPCIRA foi revista e atualizada. A nível local, o PPCIRA passa a ser denominada Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL - PPCIRA) (Despacho n.º 10901/2022, 2022).

O objetivo da alteração é maximizar a ação das UL-PPCIRA no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Uma vez que foi implementada recentemente, ainda não é possível avaliar o seu impacto nos cuidados de saúde.

Ao longo deste subcapítulo foram apresentadas algumas medidas que foram implementadas desde o início do século XXI no sentido de minimizar os danos causados pelos microrganismos multirresistentes.

Atualmente caminhamos no sentido de envolver vários setores da sociedade para potenciar as ações de combate às RAM. No âmbito da saúde, cada vez mais se reconhece a necessidade de envolver toda a equipa multidisciplinar, incluindo os enfermeiros, conforme iremos apresentar próximo subcapítulo.

#### **2.4. Papel do enfermeiro**

Este trabalho explora uma das funções dos enfermeiros no combate à resistência dos antimicrobianos, que é a preparação e administração de medicação. A gestão de

medicação inclui a administração atempada, adequada e de acordo com a prescrição; a monitorização da resposta ao tratamento; a vigilância dos efeitos adversos; e a implementação de intervenções que visam ensinar e/ou informar a pessoa sobre a correta utilização dos antimicrobianos (Comissão Europeia [CE], 2017).

As intervenções que os enfermeiros implementam no âmbito do combate das resistências do antimicrobianos nem sempre foram reconhecidas como tal, nem pelos próprios enfermeiros, nem pelos gestores e administradores dos serviços de saúde (*International Council of Nurses* [ICN], 2017; Olans et al., 2016). Mas, para que o seu papel possa ter realmente impacto na qualidade dos cuidados, os enfermeiros devem ser formalmente integrados nas equipas multidisciplinares (Olans et al., 2016).

Em 2016, Olans et al. publicaram um artigo onde salientaram a dicotomia que existe entre a omissão do papel dos enfermeiros nos programas de *antimicrobial stewardship* e o que realmente se observa na prática. Os enfermeiros são responsáveis pela vigilância continua das pessoas internadas nos hospitais, são os primeiros a detetar e agir perante as alterações observadas, comunicam com a equipa multidisciplinar, coordenam a prestação de cuidados, implementam respostas adequadas a cada situação e administram os antimicrobianos (Olans et al., 2016).

No âmbito das UL-PPCIRA, as funções dos enfermeiros englobam a vigilância epidemiológica, investigação, prática clínica, educação e a literacia dos profissionais de saúde, da pessoa/família alvo dos cuidados e da população em geral (Regulamento n.º 674/2021, 2021). Segundo a OE, os enfermeiros têm competências para propor a adequação de normas, procedimentos e estratégias de formação continua. Também correlacionam os resultados obtidos na monitorização da prescrição de antimicrobianos com os dados obtidos na vigilância epidemiológica e resistência aos antimicrobianos (Regulamento n.º 674/2021, 2021).

Mas, apesar dos enfermeiros fazerem parte das equipas de prevenção e controlo de infeção em Portugal e noutros países, o seu papel nos programas de combate à resistência dos antimicrobianos nem sempre foi reconhecido pelas entidades nacionais e internacionais (*American Nurses Association* [ANA], *Centers for Disease Control and Prevention* [CDC], 2017). A OMS e o ECDC só incluíram e formalizaram o papel do enfermeiro no âmbito das ações de combate às RAM, nas diretrizes publicadas mais recentemente (ECDC, 2021; WHO, 2021).

Uma vez que a formalização do papel dos enfermeiros é recente, devem ser feitos esforços no sentido de explorar e definir o mesmo. Também devem ser adotadas

estratégias de liderança para a promoção e envolvimento dos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados.

O enfermeiro EEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica deve adotar um papel liderança através do desenvolvimento de procedimentos que contribuam para o combate das RAM. Deve ainda promover e implementar programas de formação e envolver-se em projetos de melhoria relacionados com o controlo de infeção e as RAM. Por fim, deve contribuir para a exploração e definição do papel, potenciando a ação de enfermagem numa área que possivelmente estará pouco explorada.

### **3. Preparação e administração intravenosa de antimicrobianos**

A reconstituição, diluição e administração corretas dos antimicrobianos são medidas cruciais para o seu êxito terapêutico. Muitas das diretrizes sobre os antimicrobianos abordam a escolha, a dose e a duração do tratamento, mas existe pouca evidência sobre os modos de preparação e administração (Longuet et al., 2016).

Por isso, este trabalho, desenvolvido no âmbito de um projeto de melhoria da UL – PPCIRA tem como objetivo descrever as áreas que podem ser melhoradas e contribuir para a construção de um plano de ação com estratégias úteis e adequadas ao contexto.

#### **3.1.Reconstituição, diluição e administração dos antimicrobianos mais utilizados no hospital – avaliação das práticas adotadas pelos enfermeiros**

Para a avaliação das práticas adotadas pelos enfermeiros na preparação e administração de antimicrobianos, a partir de uma ferramenta desenvolvida pela enfermeira tutora, finalizamos a construção de um questionário intitulado “Práticas Adotadas pelos Enfermeiros na Preparação e Administração de Antimicrobianos Intravenosos” (Apêndice I). Também colaboramos com a aplicação do questionário, com a colheita de dados e com a análise dos dados estatísticos. No entanto, por motivos relacionados com a proteção de dados e porque este trabalho está inserido num projeto de melhoria da UL-PPCIRA, a colheita, análise de dados e apresentação dos resultados estatísticos não foi incluída neste documento.

O questionário construído e finalizado é constituído por 7 itens, alusivos aos 7 antimicrobianos selecionados. Para cada item, cada enfermeiro preenche de acordo com método que adota na reconstituição, diluição e administração. Para a reconstituição e diluição é pedido que se indique a quantidade e tipo de solvente utilizado. Em relação à administração, o enfermeiro deve indicar tempo de administração que adota para cada antimicrobiano e o método utilizado para controlo de tempo de perfusão.

Apenas foram selecionados 7 antimicrobianos para o questionário porque o objetivo deste trabalho não se centrou na determinação das práticas adotadas na preparação de todos os antimicrobianos. O que pretendemos foi conhecer as práticas adotadas e determinar se existe variabilidade entre profissionais na preparação e

administração dos antimicrobianos. Nesse sentido, definimos que, no questionário, iríamos incluir os antimicrobianos mais utilizados no hospital.

Os 7 antimicrobianos selecionados resultaram de um processo de seleção em colaboração com a farmácia. Foi consultada uma lista que elencava todos os antimicrobianos armazenados na farmácia do hospital e respectivas quantidades. Uma vez que as quantidades de medicação armazenadas na farmácia refletem o seu uso, foi determinado que os antimicrobianos armazenados em maior quantidade, correspondem aos que são mais utilizados.

Os 7 antimicrobianos selecionados para o questionário são: Amoxicilina-Ácido Clavulânico 2.2g, Meropenem 1000mg, Clindamicina 600mg, Vancomicina 1000mg, Piperacilina/Tazobactam 4.5g, Ceftriaxona, 2000mg e Ampicilina 1000mg.

O método de reconstituição, diluição e administração pode ser diferente de acordo com a dose prescrita, por isso para o questionário foi definida uma dose específica para cada antimicrobiano. Para a decisão sobre a dose definida no questionário tivemos colaboração da equipa médica da UL - PPCIRA.

A aplicação do questionário foi realizada durante o estágio numa colaboração entre a UL-PPCIRA e as estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. A amostra incluiu todos os enfermeiros dos serviços de internamento, urgência e bloco operatório de adultos.

O questionário foi aplicado em formato de papel e esteve disponível em todos os serviços de internamento de adultos num período de 7 dias. No final deste período todos os documentos preenchidos e armazenados no envelope fornecido foram recolhidos.

### **3.2.Recomendações sobre a reconstituição, diluição e administração dos antimicrobianos mais utilizados no hospital**

Em ambientes hospitalares a organização, administração e vigilância dos efeitos secundários da terapia antibiótica intravenosa são objeto de protocolos de tratamento padronizados e beneficiam da coordenação de competências específicas, particularmente através da farmácia hospitalar (Diamantis et al., 2021).

O desenvolvimento de fármacos antimicrobianos teve início na primeira metade do século XX, a partir da descoberta da penicilina por *Alexander Fleming* em 1928. A sua utilização no tratamento de infeções é, sem dúvida, um dos maiores sucessos da

Medicina, porque permitiu salvar milhões de vidas que até então estariam condenadas (Hutchings et al., 2019).

Devido à escassez de novos antimicrobianos, a investigação tem sido focada na otimização dos medicamentos existentes através do estudo da farmacocinética e farmacodinâmica (Palmer et al., 2022).

A farmacocinética e farmacodinâmica dos antimicrobianos são áreas de estudo bastante complexas (Póvoa et al., 2021). Um dos primeiros passos que dita o sucesso do tratamento é a seleção do antibiótico correto para o tratamento de uma infecção, tendo em conta a prevenção dos efeitos adversos e o desenvolvimento de resistências. Devem ser consideradas as alterações farmacocinéticas individuais de cada pessoa, bem como as propriedades farmacodinâmicas do medicamento (Worthington & Melander, 2013).

O estudo da farmacodinâmica procura conhecer a relação entre a exposição ao medicamento e a sua eficácia antibacteriana. Esse conhecimento permite ter algumas orientações sobre a dose ideal de cada fármaco e efetuar os ajustes necessários (Eyler & Shvets, 2019). Este estudo é fundamental porque o objetivo da terapêutica antibiótica é a erradicação dos microrganismos responsáveis pela infecção com o mínimo de toxicidade, quer local, quer a nível dos tecidos envolvidos, quer sistémica.

A eficácia terapêutica de cada antibiótico também depende da sua ligação às bactérias, da sua concentração nos tecidos infetados e da sua atividade bactericida intrínseca, ou seja, da capacidade dessa concentração causar a morte do microrganismo (Diamantis, et al., 2021). Este é o estudo da farmacocinética, que determina a associação entre a concentração do fármaco nos locais onde este deve atuar e o efeito da sua ação (Palmer et al., 2022).

No âmbito da pessoa em situação crítica, têm sido efetuados estudos sobre diferentes tempos de perfusão e a sua relação com a eficácia do tratamento, redução do tempo de internamento e redução da mortalidade. A prescrição de antimicrobianos na pessoa em situação crítica é um desafio constante, uma vez que a farmacocinética é alterada por alterações da distribuição de volume e alterações na metabolização dos fármacos (Póvoa et al., 2021).

Nos últimos anos, os estudos efetuados procuram compreender melhor como administrar a dose correta, sem aumentar a toxicidade e os eventos adversos. O aumento das RAM representa outro desafio associado à utilização de antimicrobianos na pessoa em situação crítica e, em muitos casos, tem sido avaliada a utilização de doses ajustas às necessidades individuais de cada pessoa (Póvoa et al., 2021)

Um grupo de fármacos que tem sido alvo de estudo quanto ao tempo de administração são os beta-lactâmicos. Relativamente à piperacilina-tazobactam, segundo uma revisão sistemática da literatura com meta-análise realizada por Yang et al. (2015), a administração intermitente prolongada ou a administração contínua deste fármaco podem ser mais eficazes do que a administração convencional.

Numa revisão sistemática da literatura com meta-análise sobre a administração da vancomicina, Hao et al. (2016) concluíram que a administração deste fármaco por perfusão contínua é mais segura comparativamente à administração realizada em doses intermitentes. Contudo, nesta meta-análise referem que não diferença significativa entre as duas estratégias quando à eficácia do tratamento.

A adoção de estratégias de administração em perfusão contínua ou em perfusão intermitente prolongada em fármacos como a piperacilina-tazobactam, vancomicina, meropenem, entre outros, poderá ser uma forma de otimizar a sua ação. E a adoção destas estratégias tem sido estudada em populações específicas, nomeadamente nas pessoas com sépsis em situação crítica (Zhu & Zhou, 2018)

A qualidade da preparação e administração de antibióticos também depende da qualidade da prescrição médica, cujo conhecimento das modalidades de preparação e dos parâmetros de estabilidade é insuficiente (Longuet et al., 2016). Por isso, a existência de recomendações é essencial para evitar erros e garantir a segurança da administração de medicação IV (Longuet et al., 2016).

A administração farmacológica IV é uma tarefa complexa que requer o desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos de elevada exigência, por isso os profissionais que lidam diretamente com esta função têm o dever de possuir conhecimentos aprofundados. Contudo, também é necessária a existência de recursos de apoio às intervenções de enfermagem no âmbito da preparação de administração de antimicrobianos, que possam aumentar a segurança dos cuidados e minimizar a ocorrência de erros.

O procedimento de preparação de medicação IV deve ser realizado numa área limpa e destinada para o efeito, com instruções claras sobre o tipo e volume do diluente adequado. De modo a evitar os erros de administração, as seringas devem ser imediatamente identificadas (Sruthy et al., 2022).

Num estudo realizado por Longuet et al. (2016) é recomendado que a administração do antimicrobiano IV seja efetuada quando a solução fica pronta. Se o produto não for imediatamente utilizado após a fase de reconstituição/diluição, o

utilizador é o único responsável pela garantia das condições de conservação do medicamento. No entanto, o produto não deve ser utilizado mais de 24 horas após a sua preparação, especialmente se tiver sido preparado em condições de assepsia descontrolada (Longuet et al., 2016).

Os antimicrobianos podem ser administrados por via intravenosa (IV) e na forma de bólus direto, bólus lento, perfusão intermitente, intermitente prolongada ou contínua (*Central Adelaide Local Health Network [CALHN], 2019*). A escolha depende do fármaco, do estado da pessoa e da infecção para a qual é prescrito, tendo em consideração a farmacocinética e farmacodinâmica do antimicrobiano (Longuet et al., 2016).

A administração por via IV direta, permite a administração de um volume de líquido menor. Isso pode ser particularmente útil em pessoas com restrição hídrica, por sobrecarga de volume ou lesão renal aguda. Além disso, o tempo de administração mais rápido pode proporcionar vantagens nas situações de emergência, encurtando o tempo de administração da primeira dose (Spencer, et al., 2018). A opção da administração por via IV direta também poder uma utilidade prática, em caso de escassez de soluções parenterais de pequeno volume, nomeadamente sacos de 50 ou 100 mL para infusão IV intermitente (Spencer, et al., 2018).

Os enfermeiros são responsáveis por garantir a administração total da dose do antimicrobianos prescritos via IV. Nesse âmbito, Cooper et al. (2018), realizaram um estudo para determinar a frequência, volume e dose da medicação IV rejeitada nos sistemas de perfusão dos serviços de internamento. Este estudo envolveu a observação das técnicas de administração e foi identificado que havia rejeição de sistemas de perfusão que podiam conter até 21% da dose total do antibiótico. No caso da ciprofloxacina, cerca de 12% da dose era rejeitada no sistema de perfusão, o que significa que ao fim de 4 dias do curso de antibioterapia, o volume residual total que era rejeitado correspondia a uma dose do fármaco (Cooper et al., 2018).

Na pesquisa realizada para a elaboração deste trabalho, não foram encontrados estudos que demonstrem existir uma associação entre a adoção de determinadas técnicas de administração de antimicrobianos e a eficácia de um tratamento. No entanto, adoção de práticas que garantem a administração da dose total do medicamento, como por exemplo, a lavagem dos sistemas de perfusão, poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (McLaughlin et al., 2016).

É necessário investigar e desenvolver diretrizes e normas baseadas em evidência para promover a adoção de boas práticas na administração de medicação IV por sistema de perfusão (Cooper et al., 2018).

As recomendações de boas práticas são fundamentais para orientar a utilização segura dos antimicrobianos e otimizar a sua ação. É importante implementar procedimentos e práticas uniformizadas, padronizadas e baseadas em evidência científica.

Após realizar uma larga pesquisa sobre esta temática, constatamos que muitos estudos apresentam recomendações sobre a escolha dos antimicrobianos e os dias de duração do tratamento, mas poucos se destinam exclusivamente às modalidades de preparação e administração.

A realização deste trabalho visa melhorar os cuidados de enfermagem na gestão dos antimicrobianos. Por isso, pretendemos oferecer dados essenciais para uma preparação e administração adequadas, que poderão aumentar a eficácia do tratamento e a uma contribuir para a prevenção das RAM.

Através da pesquisa, foi elaborado um guia que irá contribuir para o projeto de melhoria da UL-PPCIRA. Pretende-se que seja disponibilizado a todos os enfermeiros dos serviços de internamento, bloco operatório e urgência. Com a implementação deste guia, pretendemos contribuir para a uniformização dos procedimentos de preparação e administração dos antimicrobianos em todas as áreas de cuidados do hospital. Mas, para que este tenha impacto na qualidade dos cuidados, devem ser adotadas estratégias eficazes para a adesão dos enfermeiros à sua utilização.

Apesar de termos encontrado estudos que comprovam a eficácia de diferentes métodos de administração de antimicrobianos à pessoa em situação crítica, essas recomendações apenas devem ser adotadas num departamento específico ou até em casos individuais. Tendo em conta que o objetivo deste trabalho foi realizar uma tabela que pudesse ser utilizada pelos enfermeiros de todos os serviços de internamento, bloco operatório e serviço de urgência, optamos por não incluir as situações excecionais.

O guia está apresentado em forma de tabela e inclui informação sobre o modo de preparação de administração dos 7 antimicrobianos mais utilizados no hospital, selecionados para a realização deste trabalho, nomeadamente: Amoxicilina-Ácido Clavulânico, Meropenem, Clindamicina, Vancomicina, Piperacilina/Tazobactam, Ceftriaxona e Ampicilina. Sendo que, para cada antimicrobiano, foram incluídas as seguintes informações: nome do fármaco, a sua apresentação em termos de dosagem; reconstituição inicial e solvente indicado para reconstituição; diluição final e solvente

indicado para diluição; vias de administração; tempo para administração; estabilidade e observações. Optamos por apresentar a informação em várias tabelas para facilitar a leitura e consulta da informação.



Para a realização desta tabela foi consultado o artigo publicado por Longuet et al. (2016) e o livro de Ana Paula Dinis, na sua 3ª edição, intitulada: *Guia de Preparação e Administração de medicamentos por via parentérica* (2010).

Tabela 1 Preparação e Administração de Antibióticos

Antibiótico	Apresentação	Categoria	Via de Administração	Solvente	Reconstituição	Diluição	Administração
<b>Amoxicilina-ácido clavulânico</b>  1000 mg + 200 mg 2000 mg + 200 mg		Antimicrobiano- Associação de penicilinas com inibidores da beta-lactamase	Bólas, com diluição  Perfuso intermitente	Água para preparação injetável (a.p.i.) NaCl 0,9%  Solução de lactato de sódio (M-6)  Solução de Ringier  Solução de Hartmann	1,2gr - 20ml a.p.i.	1,2 gr - 50 ml de solvente	1,2gr - em 20ml administrar entre 3-4 minutos  1,2gr - em 50ml administrar entre 30-60 minutos
					2,2gr - 20 ml a.p.i.	2,2 gr - 100 ml de solvente	2,2gr - em 100ml administrar entre 30-60 minutos
<b>Estabilidade</b>		Após reconstituição, do ponto de vista físico-químico, as soluções deste fármaco devem ser administradas até 20 minutos, devido à rápida degradação do ácido clavulânico. Após diluição é estável até uma hora				<b>Observações</b>	
<b>Ampicilina</b>  500mg 1000mg		Antimicrobiano- Aminopenicilina	Bólas, com diluição Perfuso intermitente	Água para preparação para injetivos NaCl 0,9% Lactato de Ringier	500mg ou 1000 mg - 5 ml de a.p.i.	Bólas com diluição - 20 ml de solvente Perfuso intermitente - 100 ml de solvente	Bólas com diluição - administrar entre 10-15 minutos Perfuso intermitente - administrar entre 30-60 minutos
					<b>Estabilidade</b>	Após reconstituição permanece estável durante 1 hora. Após diluição, as maiores concentrações de 30mg/ml, permanece estável até 2 a 4 horas, à temperatura ambiente. Se armazenada a solução diluída em frigorífico mantém a sua estabilidade até 72 horas.	

Legenda: Cloreto de Sódio 0.9% - NaCl 0.9% | Água de preparação de injetáveis - a.p.i.

Tabela 2 Preparação e Administração de Antibióticos (continuação)

Antibiótico	Apresentação	Categoria	Via de Administração	Solvente	Reconstituição	Diluição	Administração
<b>Ceftriaxona</b>  1000 mg em pó		Cefalosporina de 3ª geração	Bólas, com diluição  Perfuso intermitente	Água para Preparação Injetáveis NaCl 0,9% Glicose 5%	100 mg - 5 ml (a.p.i.) 1 gr - 10 ml (a.p.i.) 2 gr - 20 ml (a.p.i.)	Diluir em 50-100 ml de NaCl 0,9% ou glicose 5% Não utilizar solventes contendo cálcio, tais como a solução de Ringier ou solução de Hartmann, para reconstituir pela formação de partículas.	Administrar lentamente 3-5 minutos Perfuso administrar durante 30 minutos  A dose de 2g deve ser administrada em perfusão
					<b>Estabilidade</b>	Reconstituição: 6 horas à temperatura ambiente/24 horas no frigorífico	
<b>Clindamicina</b>  600mg/4ml		Perfuso intermitente	Antibiótico	NaCl 0,9% Glicose 5%	Solução pronta	Perfuso diluir em 50 - 100 ml de NaCl 0,9% ou Glicose 5%	Administrar aproximadamente a 30 mg/min (0-600 mg em 20 minutos) Não administrar mais do que 1,2 gr/hora
							<b>Estabilidade</b>

Legenda: Cloreto de Sódio 0.9% - NaCl 0.9% | Água de preparação de injetáveis - a.p.i.

Tabela 3 Preparação e Administração de Antibióticos (continuação)

Antibiótico	Apresentação	Categoria	Via de Administração	Solvente	Reconstituição	Diluição	Administração
<b>Meropenem</b>  1000mg pó		Antibiótico- <b>Carbapenem</b>	<b>Bóla</b> , com diluição Perfusão intermitente	Água para preparações injetáveis <b>NaCl</b> 0,9 %; Glicose a 5% e a 10%; Manitol a 2,5% e 10%; Solução de cloreto de potássio e cloreto de sódio.	1 gr em 20 ml de <b>g.g.g.</b>	Perfusão: 1 gr em 10 a 200ml de <b>NaCl</b> 0,9% ou Glicose 5%	<b>Bóla</b> direto deve ser administrado em 5 minutos.  Em perfusão deve ser administrado durante 15 a 30 minutos.
	<b>Estabilidade</b>	Estável durante 2 horas se diluído em água para preparação de injetáveis e armazenado a temperatura de 25°C. Se diluído em <b>NaCl</b> a 0,9% permanece estável até 4 horas se armazenado a temperatura de 25°C.				<b>Observações</b>	
<b>Piperacilina Tazobactam</b>  2,5 gr pó 4,5 gr pó		Antibiótico- associação de penicilinas com inibidores das beta-lactamases	Perfusão intermitente	Para reconstituição: <b>NaCl</b> a 0,9% ou Água Isotônica  Para diluição: Cloreto de Sódio a 0,9% Glicose a 2%	2,5 gr- 10 ml de <b>g.g.g.</b>  4,5 gr- 20 ml de <b>g.g.g.</b>	100 ml de <b>NaCl</b> 0,9%	Administra no tempo mínimo de 30 minutos.
	<b>Estabilidade</b>	Tanto após reconstituição como diluição é estável até 24h à temperatura ambiente ou durante 48h se conservado no frigorífico.				<b>Observações</b>	Administra separadamente de outros antibióticos.

Legenda: Cloreto de Sódio 0,9% – **NaCl** 0,9% | Água de preparação de injetáveis – **g.g.g.**

Tabela 4 Preparação e Administração de Antibióticos (continuação)

Antibiótico	Apresentação	Categoria	Via de Administração	Solvente	Reconstituição	Diluição	Administração
<b>Vancomicina</b>  1000mg pó		Outros antibiótico- <b>glicosídeo</b>	Perfusão intermitente	<b>NaCl</b> 0,9% Glicose a 5%	20 ml de <b>g.g.g.</b>	<b>NaCl</b> 0,9% ou Glicose 5%  Concentração final de 5mg/ml para administração por veia periférica  Concentração final de 10mg/ml para administração por veia central	Perfusão intermitente. No mínimo em 60 minutos
	<b>Estabilidade</b>	Após diluição estável 48 horas a 2° - 8°C e a 25°C, sendo que após reconstituição deverá ser imediatamente diluída.				<b>Observações</b>	

Legenda: Cloreto de Sódio 0,9% – **NaCl** 0,9% | Água de preparação de injetáveis – **g.g.g.**

#### 4. CONCLUSÃO

A descoberta da penicilina revolucionou a medicina moderna. Atualmente, os antimicrobianos desempenham um papel fundamental tanto na prevenção como no tratamento de infecções e contribuem para a redução de morbidade e mortalidade associada aos cuidados de saúde.

O desenvolvimento de microrganismos multirresistentes a vários antimicrobianos reduziu a sua eficácia no tratamento de infecções. E a falta de tratamentos inovadores para o tratamento de infecções e a utilização desadequada dos antimicrobianos contribuem para o desenvolvimento das RAM e para o aumento da sua incidência (WHO, 2015). Esta realidade coloca em risco o sucesso do tratamento de várias doenças e a segurança dos procedimentos cirúrgicos, do transplante de órgãos e da quimioterapia.

As RAM são um problema de saúde pública global que pode pôr em risco a segurança dos cuidados de saúde (WHO, 2015). Por esse motivo, é fundamental investir na preservação dos antimicrobianos que existem (Zhu & Zhou, 2018).

No âmbito da saúde, entre vários estudos consultados e analisados, verificou-se que a vigilância epidemiológica e as estratégias de educação e sensibilização dos profissionais de saúde, governo e população em geral contribuem para o uso adequado dos antimicrobianos (Abushaheen, et al., 2020).

No que se refere ao tratamento infecções com antimicrobianos, é fundamental garantir a administração da dose total prescrita e pela via adequada. O enfermeiro desempenha um papel crucial nesta gestão dos antimicrobianos, desde a sua preparação, administração atempada e adequada de acordo com a prescrição, a monitorização da resposta ao tratamento e vigilância dos efeitos adversos (CE, 2017). Deste modo, é importante desenvolver conhecimentos atualizados que possam contribuir para a implementação de medidas adequadas que promovam segurança e a qualidade dos cuidados.

Este trabalho foi realizado no âmbito do estágio realizado na UL-PPCIRA e proposto pela Enfermeira tutora e teve como objetivo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na gestão dos antimicrobianos.

Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a temática das RAM e, mais concretamente, sobre as recomendações de boas práticas relacionadas com a preparação e administração de antimicrobianos IV.

Reconhecendo a necessidade de conhecer a realidade atual das práticas implementadas pelos enfermeiros do hospital na preparação e administração de antimicrobianos IV, foi finalizada a construção de um questionário, a partir de um documento já construído pela enfermeira tutora.

Foi ainda elaborado um guia que contém as recomendações para a reconstituição, diluição e administração de 7 antimicrobianos selecionados, que correspondem aos mais utilizados no hospital. O objetivo deste guia, que se pretende que seja de fácil acesso, é facilitar a adesão dos enfermeiros às recomendações sobre a reconstituição, diluição e administração dos 7 antimicrobianos selecionados. Além do guia, fornecemos fundamentação teórica sobre as boas práticas na administração de antimicrobianos.

Este trabalho teve várias limitações, sendo uma delas a impossibilidade de terminar o processo de recolha e análise de dados, com posterior discussão por motivos inerentes à proteção de dados. Por essa razão, não foi possível implementar o projeto de melhoria na sua totalidade.

Contudo, deixamos um contributo para o projeto de melhoria da UL-PPCIRA do hospital, através da fundamentação teórica e elaboração de ferramentas que podem contribuir para a uniformização e melhoria das práticas de enfermagem.

Como futuras enfermeiras mestres e especialistas, a realização deste trabalho possibilitou o desenvolvimento de competências no âmbito da prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos. Também permitiu o desenvolvimento de práticas de qualidade e melhoria contínua e demonstrar uma práxis clínica baseada em evidência científica.

## 5. Referências Bibliográficas

- Abushaheen MA, Muzaheed, Fatani AJ, Alosaimi M, Mansy W, George M, Acharya S, Rathod S, Divakar DD, Jhugroo C, Vellappally S, Khan AA, Shaik J, Jhugroo P. Antimicrobial resistance, mechanisms and its clinical significance. *Dis Mon.* 2020 Jun;66(6):100971. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2020.100971>. Epub 2020 Mar 20. PMID: 32201008.
- American Nurses Association, Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Redefining the Antibiotic Stewardship Team: Recommendations from the American Nurses Association/Centers for Disease Control and Prevention Workgroup on the Role of Registered Nurses in Hospital Antibiotic Stewardship Practices.* <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/healthcare/pdfs/ana-cdc-whitepaper.pdf>
- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. (2018). *Antimicrobial Stewardship in Australian Health Care.* <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/antimicrobial-stewardship-australian-health-care>
- Belkum, A., Burnham, C.-A., Rossen, J., Mallard, F., Rochas, O., & Dunne Jr, W. (2020). Innovative and rapid antimicrobial susceptibility testing systems. *18(05)*. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-0327-x>
- Central Adelaide Local Health Network. (2019). *Updates on Antimicrobial Stewardship. South Australian expert Advisory Group on Antibiotic Resistance.* <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/a85ac9d5-cdb8-4995-afd0-851a94ccbe27/FS-continuous-infusions-AMS-updates->
- Comissão Europeia. (2017). *Orientações da União Europeia para a utilização prudente de agentes antimicrobianos no domínio da saúde humana. Jornal Oficial da União Europeia.* [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XC0701\(01\)&from=ET](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XC0701(01)&from=ET)
- Cooper, D. M., Rassam T., Mellor A. (2018). Non-flushing of IV administration sets: an under-recognised under-dosing risk. *British Journal of Nursing* 27(14). <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.14.S4>
- Despacho n.º 6401/2016 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde para a criação de planos de saúde prioritários. (2016). *Diário da República: II série, n.º 94/2016.* <https://files.dre.pt/2s/2016/05/094000000/1523915239.pdf>

- Despacho n.º 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde para a atualização do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. 82022). Diário da República: II série, n.º 174/2022. <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Diamantis, S., Dawudi, Y., Cassard, B., Longuet, P., Lesprit, P., & Gauzit, R. (2021). Home intravenous antibiotherapy and the proper use of elastomeric pumps: Systematic review of the literature and proposals for improved use. *Infect Dis Now* 51(1). <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.10.019>
- Dinis, A. P. (2010). *Guia de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica*. Coimbra: 3.ª Edição.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Plano nacional de combate à resistência aos antimicrobianos 2019-2023. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-combate-a-resistencia-aos-antimicrobianos-2019-2023-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Docobo-Pérez F, López-Cerero L, López-Rojas R, Egea P, Domínguez-Herrera J, Rodríguez-Baño J, Pascual A, Pachón J. Inoculum effect on the efficacies of amoxicillin-clavulanate, piperacillin-tazobactam, and imipenem against extended-spectrum  $\beta$ -lactamase (ESBL)-producing and non-ESBL-producing *Escherichia coli* in an experimental murine sepsis model. *Antimicrob Agents Chemother*. 2013 May;57(5):2109-13. <https://doi.org/10.1128/AAC.02190-12>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2021) About EARS-NET. <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-about>
- European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization Regional Office for Europe. (2022). Antimicrobial Surveillance in Europe. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-WHO-ECDC-AMR-report-2022.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). European Antibiotic Awareness Day. <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/european-antibiotic-awareness-day-eaad-2022>

- Eyler RF, Shvets K. Farmacologia Clínica de Antibióticos. Clin J Am Soc Nephrol. 2019 Julho 5;14(7):1080-1090. <https://doi.org/10.2215/CJN.08140718>
- Ferri M, Ranucci E, Romagnoli P, Giaccone V. Resistência antimicrobiana: uma ameaça global emergente para os sistemas de saúde pública. Crit Rev Alimentos Sci Nutr. 2017 Setembro 2;57(13):2857-2876. <https://doi.org/10.1080/10408398.2015.1077192>. PMID: 26464037.
- Friedman, C, Newson, W. (2011). *IFIC Basic Concepts of Infection Control* (2ª edição). Freedman e Newson International Federation of Infection Control. <https://www.theifc.org/wp-content/uploads/2014/08/IFIC-Book.pdf>
- Giono-Cerezo S, Santos-Preciado JI, Morfin-Otero MDR, Torres-López FJ, Alcántar-Curiel MD. Resistência antimicrobiana. Sua importância e esforços para controlá-lo. Gac Med Mex. 2020;156(2):171-178. Inglês. <https://doi.org/10.24875/GMM>
- Hao, J. J., Chen H., Zhou, J. X. (2015). Continuous versus intermittent infusion of vancomycin in adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Antimicrobial Agents* 47(1). 28-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2015.10.019>
- Hutchings MI, Truman AW, Wilkinson B. Antibiotics: past, present and future. Curr Opin Microbiol. 2019 Oct;51:72-80. <https://doi.org/10.1016/j.mib.2019.10.008>
- John Hopkins University. (2019). Toolkit and Comprehensive User Guide to Enhance Nursing Antibiotic Stewardship Activities: Nurses Take Antibiotic Stewardship Action Initiative. [https://www.hopkinsmedicine.org/antimicrobial-stewardship/nursing-toolkit/\\_docs/toolkit-and-comprehensive-user-guide.pdf](https://www.hopkinsmedicine.org/antimicrobial-stewardship/nursing-toolkit/_docs/toolkit-and-comprehensive-user-guide.pdf)
- Kahlmeter, G., & Turnidge, J. (2022). How to: ECOFFs-the why, the how, and the don'ts of EUCAST epidemiological cutoff values. 28(07). <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.02.024>
- Longuet P, Lecapitaine AL, Cassard B, Batista R, Gauzit R, Lesprit P, Haddad R, Vanjak D, Diamantis S; Groupe des référents en infectiologie d'Île-de-France (GRIF). Preparando e administrando antibióticos injetáveis: Como evitar brincar de Deus. Med Mal Infectar. 2016 Julho;46(5):242-68. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2016.01.010>
- Majumder, M., Rahman, S., Cohall, D., Bharatha, A., Singh, K., Haque, M., & Hilaire, M.-S. (29 de dezembro de 2020). Antimicrobial Stewardship: Fighting Antimicrobial Resistance and Protecting Global Public Health. pp. 4713-4738. <https://doi.org/10.2147/IDR.S290835>

- McLaughlin, J., Schimpf, B., & Sylvia, P. (julho de 2016). Improved administration of antibiotics in the emergency department: a practice improvement project. pp. 312-316. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.022>
- Morshad Alam, M., Islam, M., Wahab, A., & Billah, M. (2019). Antimicrobial Resistance Crisis and Combating Approaches. *20(1)*. <https://doi.org/10.3329/jom.v20i1.38842>
- Pan, N., Luo Y. Y., Duan Q. X. (2022). The Influence of PDCA Cycle Management Mode on the Enthusiasm, Efficiency, and Teamwork Ability of Nurses. *BioMed Research International 2022*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2022/9352735>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010). Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do Doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *10*, 27-39. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98509/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico10a04%20-%20p27-39.pdf>
- Pulcini, C., Binda, F., Lamkang, A., Trett, U., Charani, E., Goff, D., & Harbarth, S. (janeiro de 2019). Developing core elements and checklist items for global hospital antimicrobial stewardship programmes: a consensus approach. *Clinical Microbiology Infection* *25(1)*, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.03.033>
- Póvoa, P., Moniz, P., Pereira J. G., Coelho L. (2021). Optimizing Antimicrobial Drug Dosing in Critically Ill Patients. *Micoorganisms* *9(7)*, 1-27. <https://doi.org/10.3390/microorganisms9071401>
- Regulamento n.º 674/2021 para o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infeção. (2021). Diário da República II série, n.º 139/2021. <https://files.dre.pt/2s/2021/07/139000000/0013800154.pdf>
- Rout, J., Essack, S., Brysiewicz, P. (2019). Are nursing infusion practices delivering full-dose antimicrobial treatment? *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* *74*, 3418-3422. <https://doi.org/10.1093/jac/dkz365>
- Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance. (2011). Recommendations for future collaboration between the U.S. and EU. <https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/tatfar-report.pdf>
- Shah, S., Barton, G., & Fischer, A. (maio de 2015). Pharmacokinetic considerations and dosing strategies of antibiotics in the critically ill patient. *Journal of the Intensive Care Society*, pp. 147-153. <https://doi.org/10.1177/1751143714564816>

- Spencer, S., Ipema, H., Hartke, P., Krueger, C., Rodriguez, R., Gross, A., & Gabay, M. (2018). Intravenous Push Administration of Antibiotics: Literature and Considerations. *53*(3). <https://doi.org/10.1177/0018578718760257>
- Sruthy, K., Unni, J., & Karunakaran, P. (2022). Antimicrobial Dilution for Intravenous Administration in Children. *Pediatric Infectious Disease Journal* *4*(2). <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10081-1300>
- Uddin, T., Chakraborty, A., Khusro, A., Zidan, B., Mitra, S., & Emran, T. (dezembro de 2021). Antibiotic resistance in microbes: History, mechanisms, therapeutic strategies and future prospects. *Journal Infect Public Health* *14*(12), 1750-1766. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.10.020>
- Wood, T., Slingerland, C., & Martin, N. (2021). A Convenient Chemoenzymatic Preparation of Chimeric Macrocyclic Peptide Antibiotics with Potent Activity against Gram-Negative Pathogens. *64*(15). <https://doi.org/10.1021/acs.jmedchem.1c00176>
- World Health Organization. (2001). WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66860/WHO\\_CDS\\_CSR\\_DRS\\_2001.2.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66860/WHO_CDS_CSR_DRS_2001.2.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. (2012). The evolving threat of antimicrobial resistance - Options for action. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44812/9789241503181\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44812/9789241503181_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. (2015). Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. [https://www.amcra.be/swfiles/files/WHO%20actieplan\\_90.pdf](https://www.amcra.be/swfiles/files/WHO%20actieplan_90.pdf)
- World Health Organization. (2017). Prioritization of Pathogens to Guide Discovery, Research and Development of New Antibiotics for Drug-Resistant Bacterial Infections, Including Tuberculosis. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EMP-IAU-2017.12>
- World Health Organization. (2019). Antimicrobial Stewardship Programmes in Healthcare Facilities in Low and Middle Income Countries – A WHO Practical Toolkit. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515481>
- World Health Organization. (2021). Antimicrobial Stewardship Interventions: A practical guide. World Health Organization Regional Office for Europe.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340709/9789289054980-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- World Health Organization. (2022). Preventing Antimicrobial Resistance Together. <https://www.who.int/campaigns/world-antimicrobial-awareness-week/2022>
- Worthington, R., & Melander, C. (2013). Overcoming Resistance to  $\beta$ -Lactam Antibiotics. *78*(9). doi: 10.1021/jo400236f
- Yang, H., Zhang, C., Zhou, Q., Wang, Y., Chen, L. (2015). Clinical Outcomes with Alternative Dosing Strategies for Piperacillin/Tazobactam: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 10(1). 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116769>
- Zhu, L.-L., & Zhou, Q. (2018). Optimal infusion rate in antimicrobial therapy: explosion of evidence in the last five years. *11*(1105-1117). <https://doi.org/10.2147/IDR.S167616>

## **6. APÊNDICES**

**Questionário – Práticas adotados pelos Enfermeiros na Preparação de  
Administração de Antimicrobianos Intravenosos**

**INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO**

- 1- Preencha o questionário de acordo com a sua experiência e prática na preparação e administração dos antimicrobianos intravenosos apresentados;
- 2- Não identifique o seu nome, serviço ou instituição;
- 3- Após o preenchimento, deixe o questionário dentro do envelope.

Obrigada pelo seu contributo!

Unidade local do programa de prevenção e controlo de infeções  
e de resistência aos antimicrobianos

Ermitéria Arcângela Baió  
Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Amélia Dias Ferreira

Administração de Antimicrobianos							
Nome do fármaco	Solvente para reconstituição		Solvente para diluição		Administração		Método de controle de tempo de administração
	Qual?	Quantidade	Qual?	Quantidade			
Amoxicilina+ Ácido Clavulânico 2,2G	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	Direta Perfusão intermitente (30 a 60 min.) Perfusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas) Perfusão contínua (24 horas)	N/A Sistema de administração de soros por gravidade Sistema de soros com regulador de fluxo Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Meropenem 1000mg	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	Direta Perfusão intermitente (30 a 60 min.) Perfusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas) Perfusão contínua (24 horas)	N/A Sistema de administração de soros por gravidade Sistema de soros com regulador de fluxo Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Clindamicina 600mg	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	Direta Perfusão intermitente (30 a 60 min.) Perfusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas) Perfusão contínua (24 horas)	N/A Sistema de administração de soros por gravidade Sistema de soros com regulador de fluxo Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vancomicina 1000mg	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	Direta Perfusão intermitente (30 a 60 min.) Perfusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas) Perfusão contínua (24 horas)	N/A Sistema de administração de soros por gravidade Sistema de soros com regulador de fluxo Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Piperacilina/ Tazobactam 4,5G	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	Direta Perfusão intermitente (30 a 60 min.) Perfusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas) Perfusão contínua (24 horas)	N/A Sistema de administração de soros por gravidade Sistema de soros com regulador de fluxo Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ceftriaxona 2000mg	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	Direta Perfusão intermitente (30 a 60 min.) Perfusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas) Perfusão contínua (24 horas)	N/A Sistema de administração de soros por gravidade Sistema de soros com regulador de fluxo Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ampicilina 1000mg	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	NaCl 0.9% Glucose 5% Água de preparação de injetáveis	____ ml	Direta Perfusão intermitente (30 a 60 min.) Perfusão intermitente prolongada (90 min. a 4 horas) Perfusão contínua (24 horas)	N/A Sistema de administração de soros por gravidade Sistema de soros com regulador de fluxo Máquina/seringa perfusora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Caso haja algum aspecto que não esteja englobado na tabela e considere ser relevante, pode detalhar aqui a informação:

**APÊNDICE 8: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A ESPIRITUALIDADE**



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

**ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Ermitéria Arcângela Baió

Porto, fevereiro de 2023

Revisão da literatura

Mestrado em Enfermagem - 2

Mestrado em Enfermagem - 171



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

**ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

***SPIRITUALITY IN THE CARE OF THE PERSON IN  
CRITICAL CONDITION: REVIEW OF THE LITERATURE***

Ermitéria Arcângela Baió

Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Amélia Dias Ferreira

Porto, fevereiro de 2023

Revisão da literatura

Mestrado em Enfermagem - 4

Mestrado em Enfermagem - 173

## RESUMO

A presente revisão da literatura surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e pretende demonstrar a pertinência da espiritualidade nos cuidados de saúde, na relação enfermeiro doente e na relação multidisciplinar/interdisciplinar, com o intuito de compreender o respeito pela diversidade cultural da população assistida e dos pares.

Este estudo será baseado numa revisão integrativa da literatura, através da utilização de doze artigos, com a finalidade de compreender as atitudes dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, em relação aos cuidados com a espiritualidade, no exercício da profissão.

A dimensão espiritual é parte integrante na humanização e na prestação integral dos cuidados de saúde. Apostar em cuidados espirituais, permite promover a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem e contribuir para a segurança e o conforto dos doentes. Verificou-se, ainda, que, no quotidiano da enfermagem e dos cuidados de saúde, tanto a espiritualidade como a religiosidade têm contribuído para a promoção do bem-estar dos doentes, quando é abordada e lhe é dada a devida atenção. Também, se pode observar que existe uma grande lacuna na abordagem desta dimensão, devido à falta de formação, pelo que se sugeriu a sua integração, desde a formação inicial. Na sua prática de cuidados, os enfermeiros devem ser estimulados a terem sensibilidade, no que concerne às questões espirituais, a fim de assegurarem que as práticas cumpram as diretrizes que promovam o bem-estar dos doentes de forma integral.

**Palavras-chave:** cuidados espirituais, cuidados de enfermagem, religião e espiritualidade.

Revisão da literatura

Mestrado em Enfermagem - 6

Mestrado em Enfermagem - 175

## **ABSTRACT**

This literature review is part of the Master's Degree in Nursing in the Specialization Area of Medical-Surgical Nursing and aims to demonstrate the relevance of spirituality in healthcare, in the nurse-patient relationship and in the multidisciplinary/interdisciplinary relationship, with the purpose of understanding the respect for the cultural diversity of the assisted population and peers.

This study will be based on an integrative literature review, through the use of twelve articles, with the purpose of understanding the attitudes of health professionals, namely nurses, towards spirituality care in the exercise of their profession.

The spiritual dimension is an integral part of the humanization and comprehensive provision of health care. Investing in spiritual care allows promoting the improvement of the quality of Nursing care and contributing to the safety and comfort of patients. It was also found that, in the daily nursing and health care routine, both spirituality and religiosity have contributed to the promotion of patients' well-being, when addressed and given due attention. Also, it can be observed that there is a large gap in the approach to this dimension, due to lack of training, so its integration from initial training was suggested. In their care practice, nurses should be encouraged to be sensitive to spiritual issues in order to ensure that practices comply with the guidelines that promote the patients' well-being in an integral way.

**Key words:** spiritual care, nursing care, religion and spirituality.

Revisão da literatura

Mestrado em Enfermagem - 8

Mestrado em Enfermagem - 177

*A espiritualidade não é religião; concentra-se na experiência vivida e no que acontece no coração, enquanto, a religião é a conceptualização dessa experiência.*

(Adaptado de Thomas Legere)

*O Espírito de Deus está sobre mim,  
me ungiu e enviou... (Lc 4, 18)*

(Jesus Cristo)

Revisão da literatura

Mestrado em Enfermagem - 10

Mestrado em Enfermagem - 179

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**CD** – Código Deontológico

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CMEMC** – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**ICS** – Instituto de Ciências da Saúde

**NANDA** – Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PCC** – População, Conceito e Contexto

**UCI** – Unidades de Cuidados Intensivos

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa

Revisão da literatura

Mestrado em Enfermagem - 12

Mestrado em Enfermagem - 181

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	17
1-1. <b>ESPIRITUALIDADE! O QUE É?</b> .....	18
1-2. <b>ENQUADRAMENTO/ INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO</b> .....	20
1.3. <b>RELAÇÃO ENTRE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE</b> .....	22
1.4. <b>ESPIRITUALIDADE E DOENTE CRÍTICO</b> .....	24
1.5. <b>ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DE TRABALHO MULTIDISCIPLINAR</b> .....	29
<b>CAPÍTULO II – A METODOLOGIA</b> .....	31
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS DA PESQUISA/ DISCUSSÃO</b> .....	39
<b>CONCLUSÃO</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	46

## ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1: Processo de identificação dos estudos - PRISMA Diagram flow .....	32
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resumo dos artigos selecionados para o estudo .....	38
---	----

Revisão da literatura

Mestrado em Enfermagem - 14

Mestrado em Enfermagem - 183

## INTRODUÇÃO

A revisão da literatura, sobre a espiritualidade no cuidado de saúde, surge no âmbito do 15.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Universidade Católica Portuguesa (UCP), através do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Porto.

No âmbito da academia de enfermagem, a investigação, os modelos conceptuais e as teorias contribuíram significativamente para o desenvolvimento e reconhecimento da enfermagem como disciplina autónoma, com meta paradigmas constituídas por quatro conceitos, nomeadamente pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (OE, 2012). A prática baseada na evidência é o motor base para o desenvolvimento da enfermagem.

A qualidade de vida e o atendimento à pessoa são aspetos importantes do cuidar em enfermagem, pois o cuidado não deve ser unidirecional, deixando de encarar o ser na sua totalidade (bio-psico-socio-espiritual). Aliás, desde Florence Nightingale, a componente da espiritualidade teve sempre um enfoque relevante na prática da enfermagem.

Esta prática é considerada uma abordagem, na solução de problemas para a tomada de decisão, porque possibilita a incorporação de melhores evidências, permitindo a ligação da teoria à prática. Daí a necessidade da realização de uma revisão integrativa da literatura (*que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos*), abordando a temática sobre a espiritualidade.

A espiritualidade é um processo do desenvolvimento pleno da pessoa. Falar dela, no cuidado de enfermagem, é convocar o profissional de saúde para um diálogo aberto à interioridade de cada doente, de modo a ajudá-lo a alcançar o discernimento possível para a compreensão de si, no seu adoecer.

A espiritualidade não pode ser entendida unicamente como um complemento à dimensão do cuidado, mas sim, como parte integrante do cuidar e como garantia de respeito e de promoção da dignidade da pessoa cuidada, pois a espiritualidade reside na essência de quem somos, naquela centelha que permeia toda a estrutura da pessoa e que exige dignidade e respeito. Através dela, transcendemos a capacidade intelectual, elevando o estatuto de toda a humanidade.

Este assunto é uma preocupação atual para os sistemas de saúde. O cuidado com a espiritualidade é um aspeto fundamental, na prática dos cuidados de saúde, pois, muitas vezes, a experiência do sofrimento e da vulnerabilidade, torna todas as dimensões da pessoa mais significativas. Dai a importância do cuidado holístico.

A espiritualidade é um dos assuntos da atualidade. Encontrámo-la descrita de várias maneiras: como um princípio, como uma experiência, como um sentido de Deus, como interioridade da pessoa. Podemos outorgar à espiritualidade uma dimensão motivadora e dinamizadora do ser, permitindo-lhe orientar a própria vida e saúde, em qualquer momento da sua existência.

O conceito multidimensional da espiritualidade na saúde foi incluído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988, ou seja, em finais dos anos 80, como essência da vida, ou seja, como aquilo que coloca questões, sobre o significado e o sentido da vida e da razão de viver, e que está diretamente relacionada com os valores pessoais, sem se limitar a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa.

O Código Deontológico (CD) dos enfermeiros apresenta como um seu dever, nos cuidados de saúde, “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”; e o nº 2 da carta dos direitos dos doentes internados refere que, “cada pessoa é um todo único e singular, protagonista de uma história e de uma identidade cultural e espiritual que, para muitos, se define religiosamente” (OE, 2005).

Com esta revisão, pretendemos os seguintes objetivos: demonstrar a pertinência da espiritualidade nos cuidados de saúde, na relação enfermeiro/doente e na relação multidisciplinar e interdisciplinar, com o intuito de compreender o respeito pela diversidade cultural da população assistida e dos pares.

## CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A dimensão do cuidar o doente é diferente para os diversos profissionais de saúde. Mas é muito importante que os prestadores de cuidados de saúde, em particular os enfermeiros, se esforcem por compreender as crenças espirituais e religiosas, bem como as necessidades e práticas dos pacientes, para que os cuidados de saúde que lhes prestam sejam dirigidos à pessoa toda, no seu todo.

Os enfermeiros trabalham em todo o domínio holístico e os cuidados espirituais são um aspeto crítico da prática de enfermagem e da prestação de cuidados de saúde. O ato de cuidar, em enfermagem, tal como definido por Watson (2012),

*"são tentativas transpessoais de humano-para-humano, com a finalidade de proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência, para ajudar o outro a ganhar auto-conhecimento, controlo e auto-restabelecimento, no qual o sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas".*

Esta definição acentua, de forma clara, a intersubjetividade intrínseca ao ato de cuidar e manifesta que é missão do enfermeiro contribuir para harmonizar a relação da pessoa doente com o seu mundo, interior e exterior, sem deixar de lado a família, por ser esta o primeiro mundo à qual pertence a pessoa que é alvo do nosso cuidado.

O ato de cuidar é a essência da Enfermagem caracterizado pela reciprocidade entre a equipa de enfermagem e a pessoa cuidada. Acontece na interação entre seres humanos, através da troca de subjetividade e inter-relacionamento, entre quem cuida e quem é cuidado.

Os seres humanos têm uma vasta gama de necessidades físicas, psicológicas, sociais, emocionais, intelectuais, de desenvolvimento, culturais e espirituais, que precisam de ser cuidadas (Carson, et al., 2008) e cabe aos enfermeiros esta responsabilidade, por serem eles os profissionais de saúde que se encontram mais próximos dos doentes.

Com esta revisão da literatura, queremos basear-nos nas evidências existentes sobre esta temática, a fim de fornecer, com os resultados encontrados, informações necessárias para a tomada de decisões na prática clínica, aumentar a relevância dos cuidados e contribuir para um maior rigor e qualidade, visando a excelência dos cuidados e da relação multidisciplinar.

### 1-1. ESPIRITUALIDADE! O QUE É?

Espiritualidade é uma palavra difícil de definir. “Tal como o vento, podemos ver os seus efeitos, mas não podemos agarrá-la em nossas mãos nem a segurar”. Apesar de ser difícil de definir, acredita-se que é a base da qualidade da vida e da saúde. Por isso, o sentido de integridade de um doente é afetado pela sua espiritualidade. Muito provavelmente porque a espiritualidade representa o conhecimento "coração", emocional e não o conhecimento "cabeça", racional, ora as emoções e os sentidos são algo muito difícil de definir por palavras (Carson, et al., 2008).

Segundo Eliade, (1967), o termo *espiritual*, etimologicamente, traduz a palavra "spiritus" que, no latim, significa "sopro de vida", "alento", "energia", "dinamismo", ou seja, aquilo que dá vida e sentido pleno aos limites do humano e a compreensão ao universo.

O conceito “espiritual” é definido pelo Elkins et al. (1988) como uma forma de ser e de experienciar os valores visíveis, face ao *self*, aos outros, ao mundo e à vida.

Para Vaughan (2002), a espiritualidade consiste não numa aptidão humana particular, mas sim num dinamismo que efetua a ligação do domínio do pessoal ao transpessoal, através da perceção da relação de cada ser humano com todos os aspetos que o envolvem.

Para Bradshaw (1994), “a dimensão espiritual na tradição dos cuidados de saúde não pode ser separada da história do próprio cuidado global”. Esta afirmação demonstra que a espiritualidade é uma das principais forças orientadoras das atitudes e crenças dos profissionais de saúde, em todo o tempo e em todas as fases da vida, quando enfrentam o stress emocional, uma doença física ou a morte. A espiritualidade é a dimensão que mantém a harmonia interior e exterior da pessoa e procura resposta sobre o infinito.

Segundo Mary Elizabeth O'Brien (2003), "a Espiritualidade, como conceito pessoal, é geralmente entendida em termos das atitudes e crenças de um indivíduo relacionadas com a transcendência (Deus) ou com as forças não-materiais da vida e da natureza". O'Brien conclui que a maioria das descrições da espiritualidade inclui não só a transcendência, mas também a ligação da mente, corpo e espírito, mais amor, carinho e compaixão e uma relação com o Divino (Carson, et al., 2008).

Para Ruth Stoll (1989), a espiritualidade manifesta-se na unicidade de cada ser humano e na sua relação com o transcendente, relação essa que se sente através do corpo, do pensamento, dos julgamentos e da criatividade. Ela é o cerne da nossa motivação, pois permite-nos refletir sobre a nossa essência.

Muitas definições atuais tendem a desvalorizar a ligação da espiritualidade com o transcendente (Deus), centrando-se em conceitos humanistas e sentimentos individuais de bem-estar. Plante e Sherman (2001), que fizeram eco de uma série de definições sobre a espiritualidade, concluem que, para muitos, a busca espiritual do transcendente não tem nada a ver com o sagrado. Contudo, as atividades comuns podem ser imbuídas de significado espiritual, se as mesmas estiverem ligadas ao Divino, "como no caso de um judeu que recita uma oração enquanto lava as mãos ou de um católico que olha para a preparação da refeição como um sacramento".

A espiritualidade é um conceito abstrato e multifacetado, e compreende todos os componentes que interagem os níveis da consciência humana, pois ela é afetada pela experiência pessoal, religiosa, cultural e ambiental.

Como prestadores de cuidados de saúde, somos desafiados a honrar a integridade das vidas dos nossos pacientes e das suas famílias e a responder às suas necessidades espirituais. Para melhor podermos dar essa ajuda aos nossos pacientes, precisamos de reconhecer a nossa própria espiritualidade, para que não a confundamos com a deles. Reconhecendo as nossas próprias necessidades espirituais e procurando satisfazê-las, seremos capazes de ajudar os pacientes a maximizar o seu próprio bem-estar espiritual, tal como o percebem.

Para além da satisfação respeitosa e competente das suas necessidades de cuidados de saúde, um dos maiores dons que um enfermeiro pode oferecer aos pacientes é uma ligação espiritual rica e viva, se o paciente assim o desejar. Ou seja, se os cuidados de saúde, que presto a um paciente, forem acompanhados pela dádiva do meu verdadeiro Eu, esses cuidados ajudá-lo-ão inevitavelmente e apoiarão, por certo, o seu bem-estar espiritual.

## 1-2. ENQUADRAMENTO/ INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO

As questões espirituais são, muitas vezes, consideradas sinônimo de religiosidade e até mesmo do fim de vida (Choi, et al., 2018). Contudo, a vertente espiritual do ser humano reporta a uma necessidade de relação consigo próprio, com os outros e com Deus. Esta consciência torna imperativa a sua integração nos modelos de cuidados de saúde.

Segundo Nee (1968), a nossa natureza espiritual reside na alma, por vezes referida como espírito humano e considerada como a parte mais nobre da humanidade. Por isso, os aspetos espirituais não podem nem devem ser considerados como parte separada da prestação de cuidados holísticos de saúde. A espiritualidade genuína integra, num todo, as dimensões humanas e modela todo o ser da pessoa, é a expressão exterior da alma manifestada através de uma vida disciplinada, do raciocínio moral e da compaixão para consigo próprio e para com os outros (Carson, et al., 2008).

A espiritualidade compreende a pessoa na sua totalidade e em todas as suas dimensões (biopsicossocial, afetiva, espiritual, política, cultural, económica...). Todo o Homem é um ser em relação e só se realiza na interação com um "outro". Esta interação leva-o a tomar consciência sobre a realidade vivida e a determinar o modo como vive a sua própria vida, as suas crenças e os seus valores, face às diversas realidades, incluindo o sofrimento e a doença.

A saúde é um conceito holístico que inclui a dimensão física, social, cultural, emocional e espiritual. Destas dimensões, a espiritual é a menos compreendida e a mais controversa e o debate sobre a sua conceptualização e definição continua a ser um "problema". Contudo, vários estudos relevantes mostram que a espiritualidade contribui para a saúde e bem-estar dos indivíduos, por ser promotora da dimensão física, psicológica e social, independentemente das suas definições ou conceptualizações (Rahman, et al., 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) salienta a obrigação de todos os profissionais de saúde e os sistemas de cuidados de saúde abordarem os problemas espirituais dos pacientes como um dever ético (Ernecoff, et al., 2015).

Os cuidados espirituais são um processo de ajuda, concretamente, na forma como lidar com situações *stressantes*, uma vez que promovem a paz de espírito. As

necessidades sociais e emocionais não satisfeitas têm um grande impacto negativo no bem-estar dos doentes, incluindo a diminuição da qualidade de vida, o aumento do risco de depressão e a diminuição do bem-estar mental ( Rahman, et al., 2020).

A espiritualidade é uma questão muito ampla e a sua mensuração é bastante complexa, porque o bem-estar espiritual, ou seja, a percepção subjetiva de bem-estar da pessoa, em relação à sua crença, é um dos seus aspetos mais difíceis de avaliar. Inserir a espiritualidade na prática dos cuidados de saúde constitui um enorme desafio para a enfermagem, já que esta é influenciada pelas crenças e/ou descrenças pessoais.

A identificação das necessidades espirituais e a conceção de intervenções de cuidados espirituais estão no âmbito da prática dos enfermeiros. Desde a sua adoção pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, em 1953, e revisão, em 2012, o código de ética para enfermeiros, um guia de ação baseado em valores e necessidades sociais, estabeleceu padrões universais para enfermeiros, reconheceu o aspeto espiritual dos cuidados de Enfermagem e encorajou todos os enfermeiros a oferecer cuidados espirituais, como um dever obrigatório ( Ernecoff, et al., 2015).

Embora a importância da espiritualidade na Enfermagem se tenha tomado mais proeminente nos últimos 40 anos, ainda não é clara a forma como os enfermeiros praticam a espiritualidade, como são ensinados, compreendidos, influenciados e como fazem a sua partilha. No ensino de enfermagem, é de grande importância a formação em cuidados espirituais porque, de facto, muitos currículos escolares carecem de formação nesta área. Isso faz com que os profissionais de saúde se sintam inseguros sobre como abordar esta temática, qual o momento certo e o conteúdo dos cuidados espirituais (Biondo, et al., 2017).

Todo o ser humano tem necessidade de cuidados espirituais. Vários estudos constataam que as pessoas, em situação de risco iminente, frisam a importância do cuidado espiritual, bem como relatam a importância do mesmo como benéfico, no sentido de que este os ajuda a enfrentar adversidades e a amenizar o sofrimento (Biondo, et al., 2017).

A promoção de cuidados de qualidade e de um sentido para a vida são objetivos a atingir, na nossa prática diária de Enfermagem. O apelo à espiritualidade, em situações relacionadas com ideias e comportamentos emergentes de quadros patológicos, pode ser uma ferramenta terapêutica, na ajuda à pessoa. Também o uso da espiritualidade dos próprios profissionais é um instrumento integrador de uma melhor e mais favorável compreensão destas ideias e dos comportamentos patológicos.

Com o aumento das doenças crônicas, verifica-se uma grande deterioração da qualidade de vida destes doentes, quando comparada com a qualidade de vida de outros doentes. O que traduz um grande desafio, no que diz respeito aos cuidados a prestar aos doentes crônicos. Nestes casos, os cuidados não devem ser meramente médicos, ou seja, orientados exclusivamente para o tratamento da doença em si. Se assim for, dificilmente atingirão a sua eficácia. Os cuidados devem englobar intervenções dirigidas para os sintomas físicos e também para os aspetos psicossociais e espirituais, contribuindo para que o cuidado e a atenção ao doente se dirijam à pessoa toda, de forma integral (Biondo, et al., 2017).

Este assunto é uma preocupação atual para os serviços de saúde. Falar da espiritualidade, no contexto dos cuidados da saúde, é desafiar os profissionais a um diálogo aberto à interioridade de cada doente, com a finalidade de os ajudar a alcançar um discernimento possível para a compreensão de si próprio, tendo em conta a sua situação de doente.

### **1.3. RELAÇÃO ENTRE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE**

Tanto as religiões ocidentais como as orientais definem o desenvolvimento espiritual com perspectivas que contribuem para a nossa compreensão da espiritualidade, em ambientes de cuidados de saúde. No ocidente, a natureza espiritual de um ser humano é definida como uma força transcendente centrada na sua ligação com Deus. A abordagem oriental não define Deus como pessoal, pois conceptualiza Deus como o ser supremo que existe em todas as coisas e enfatiza o conhecimento espiritual através do coração e não da razão. Esta perspectiva denota um autêntico desapego da correria da vida, com as suas formas habituais de pensar, sentir e fazer.

Enquanto enfermeiros, o nosso cuidado com a dimensão espiritual beneficia tanto da perspectiva oriental como da ocidental, pois, ambas estão preocupadas com a mais plena realização do potencial humano que expressa o seu próprio eu superior.

Para Oldmeadow (2004), apesar das diferenças significativas na compreensão conceptual da espiritualidade, a integração cultural numa sociedade global está a criar um despertar de consciência e uma aceitação do impacto da influência oriental na

espiritualidade ocidental, entre os líderes religiosos e acadêmicos ocidentais contemporâneos (Carson, et al., 2008)

Muitas vezes, se confunde espiritualidade com religião. Mas, na verdade, a espiritualidade não é monopólio das religiões, embora ambas estejam profundamente ligadas ao humano. A espiritualidade é a essência do humano; a religião é aquilo em que se acredita, para se encontrar e reencontrar nessa essência. Por isso, é importante dar-lhe espaço na vida das pessoas e das sociedades, para que a passagem para uma nova sociedade mundial se faça de forma construtiva e integradora (Boff, 2008)

Embora a racionalidade, a espiritualidade e a religião tenham assumido sentidos opostos e autônomos, nas últimas décadas, os estudos científicos têm sido influenciados pelo paradigma da pós-modernidade que defende que a racionalidade não depende unicamente de uma forma de conhecimento, mas do cruzamento fecundo de todos os saberes. Tanto a racionalidade, como a espiritualidade e a religião têm influenciado grandemente a ciência e a saúde, conferindo um sentido à existência humana.

Para melhor se entender o termo espiritualidade, é importante distingui-lo do termo religião. Leonardo Boff, no seu livro “Ética e Espiritualidade – Como cuidar da casa comum”, define religião como um aspeto institucional e doutrinal de determinada forma de vivência religiosa, ou como crenças e ritos relacionados com a transcendência e como meios que favorecem a salvação (Boff, 2017)

A espiritualidade manifesta-se como religiosa, na medida em que se repercute na transformação da vida da pessoa que a experimenta e não se explica apenas por forças contidas na interioridade da pessoa e é sentida como a presença do absoluto.

Esta temática encontra-se “*in vogue*” em todas as sociedades e realidades mundiais. Vários estudos demonstram a boa relação e correlação entre a saúde e a espiritualidade. Dai a necessidade de incluí-la como um recurso à saúde.

A espiritualidade representa uma compreensão fortalecida pelo Divino, encontrada em diversas imagens de Deus, da natureza, do eu e da própria vida, é intuitiva e ligada ao valor pessoal, à dignidade e ao respeito pelos outros.

Schwartz (2001) descreve o crescimento espiritual com oito Cs: calma, clareza, curiosidade, compaixão, confiança, coragem, criatividade e bondade (charity, kindness). Interligados resultam, idealmente, num sentido de paz interior consistente. As experiências espirituais enfatizam a procura de um sentido na vida, enquanto as religiões representam comunidades de fé organizadas com crenças e códigos de comportamento específicos (Carson, et al., 2008).

Em suma, é importante diferenciar religião e espiritualidade. A religião é um sistema institucionalizado; a espiritualidade é a dimensão da força interior de uma pessoa. Traduz um modo de viver característico da relação entre a pessoa e o transcendente, mas não exige, necessariamente, participação em ritos e práticas religiosas/igrejas.

#### 1.4. ESPIRITUALIDADE E DOENTE CRÍTICO

Vários estudos têm demonstrado que, quando as preocupações religiosas e espirituais são tratadas pela equipa médica, os doentes ficam mais satisfeitos com os cuidados e os custos da saúde são mais baixos (Choi, et al., 2018) (Coleman-Brueckheimer, et al., 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define pessoa em situação crítica, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2012).

O doente crítico surge em qualquer área da atividade clínica: na vida quotidiana, no ambiente de urgência pré-hospitalar, na urgência das instituições de saúde, nas enfermarias, em unidades diferenciadas, nos blocos operatórios e nas unidades de cuidados intensivos/intermédios... A maioria dos doentes em estado crítico são reconhecidos fora das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e muitos não chegam a ser admitidos em UCI. Pelo que, o mais importante nesta situação é seguir a lógica que se aplica a todas as situações e que se pode sistematizar em três pontos que, quando respeitados, salvam vidas: o reconhecimento precoce que inclui a estratificação de gravidade; prevenção de disfunções de órgãos e suporte dos órgãos em falência; tratamento da causa (Carneiro, et al., 2011). E isto sem nunca esquecer que a espiritualidade é inerente a todos os cuidados, porque está implícita naqueles de quem cuidamos, proporcionando alívio ao seu sofrimento e ao sofrimento dos seus familiares. Essa consciência é uma componente essencial para a qualidade de cuidados (Willemse, et al., 2020).

Atualmente, vários estudos apresentam a espiritualidade como um elemento-chave dos cuidados de alta qualidade, uma vez que a abordagem das necessidades

espirituais dos pacientes tem demonstrado assumir vários efeitos positivos sobre os resultados na saúde. Quando essas necessidades são satisfeitas por um membro da equipe de saúde, os doentes têm níveis mais elevados de utilização dos cuidados, até mesmo dos cuidados paliativos, o que implica taxas mais baixas de morte e, conseqüentemente, custos mais baixos dos cuidados de saúde, em final de vida (Choi, et al., 2018).

Para além das medidas objetivas do cuidado, a abordagem das necessidades espirituais dos doentes tem implicações para a sua satisfação. Porque, quando estas necessidades não são incluídas na prestação de cuidados de saúde, os pacientes tendem a classificar os cuidados de forma mais fraca (Williams, et al., 2011).

Apesar da necessidade da abordagem da dimensão espiritual ao doente ser do conhecimento dos profissionais de saúde, muitos ainda não conseguem fazer dela uma prática regular, por não se sentirem preparados para o fazer (Choi, et al., 2018).

Os enfermeiros que cuidam os doentes em estado crítico lidam especificamente com respostas humanas aos problemas ameaçadores da vida, de modo a assegurar que os doentes e as suas famílias recebam cuidados ótimos, especializados e individualizados, tendo em conta a situação de fragilidade concreta de cada um. Requer-se uma avaliação contínua, uma vigilância ininterrupta e uma série de intervenções específicas. Por isso mesmo, os enfermeiros que trabalham neste contexto devem ter um vasto conhecimento, perícia técnica e, também, competências apuradas, em ordem ao raciocínio clínico e à tomada de decisões adequadas a cada situação específica (Castellan, et al., 2016).

O aumento da sinistralidade rodoviária, a complexidade e número de doenças, tanto agudas como súbitas, e o aumento de catástrofes naturais vêm aumentar as exigências, no cuidado dos doentes críticos. Esta realidade exige uma atuação mais qualificada dos profissionais de saúde, com conhecimentos e com destreza, na execução das intervenções consideradas mais seguras e mais adequadas a cada situação concreta.

Nesta realidade concreta, a equipa multidisciplinar lida com doentes e seus familiares, na fragilidade da sua humanidade, às vezes surpreendidos com um fim de vida trágico e inesperado. Tudo isto mexe com o controle e com a gestão das emoções que, muitas vezes, se agravam com o distanciamento emocional dos profissionais.

Todos os doentes que recorrem aos Serviços de Urgência encontram-se fragilizados e sensíveis, sobretudo os que têm alguma doença terminal, em fase avançada. E é aqui que somos chamados a atuar, através de uma assistência

humanizada, tendo em conta que o foco da enfermagem é o cuidado ao ser humano, em todas as suas dimensões (física, psicológica, espiritual e emocional).

A humanização depende, entre outros fatores, da adesão das pessoas aos valores ligados à vida e da resposta à vulnerabilidade, por parte da solidariedade e do apoio social. A espiritualidade, na sua dimensão existencialista, pode ser uma forma de atribuir sentido à vida, através de interações com o eu, com o outro e com o ambiente em que se está inserido, estimulando a emergência de atitudes de solidariedade. Além disso, o seu caráter intrínseco liga a espiritualidade à humanização do trabalho de cuidado, no contexto organizacional, reorientando valores e práticas. A compreensão da espiritualidade vai para além da religiosidade, estando associada à adaptação à vida e aos significados atribuídos à própria existência. A prática religiosa é citada como a forma mais difundida de aproximar as pessoas da dimensão espiritual (Willemse, et al., 2020).

Neste contexto de trabalho, os profissionais estão sujeitos a um elevado *stress* que, em casos extremos, culmina em *burnout*. Este, por sua vez, constitui a maior causa de morbilidade e absentismo, entre os profissionais que trabalham nestas unidades (Novoa, et al., 2006).

Muitos estudos, neste âmbito, revelam que os cuidados espirituais ainda não estão sistematicamente integrados nos cuidados diários da saúde (Coleman-Brueckheimer, et al., 2011). A maioria dos doentes em situação crítica e seus familiares vivenciam uma experiência stressante que os faz sentir-se vulneráveis. Eles não procuram apenas a cura física, mas também a cura emocional e espiritual, pelo que é de grande importância ter em atenção esta área do cuidado. Vários estudos têm revelado que os doentes críticos que necessitam de cuidados afirmam que a espiritualidade é importante para eles, apesar de, alguns deles não procurarem a cura espiritual dentro das instalações hospitalares.

Diversos estudos acentuam a importância da espiritualidade e dos cuidados espirituais como parte integrante dos cuidados holísticos (Jácomo, 2018). Muitos autores definem os cuidados espirituais, utilizando os três elementos básicos mais comuns: "conectividade", "significado e finalidade da vida pessoal", e "transcendência". A definição de espiritualidade apresentada por Puchalski, et al., 2014, com merecido consenso internacional, diz que:

*A espiritualidade é um aspeto dinâmico e intrínseco da humanidade que se refere à forma como os indivíduos procuram e expressam significado, propósito e*

*transcendência, e está muitas vezes relacionada ao sentimento de ligação ao momento, a si próprio, à família, aos outros, à comunidade, à sociedade, à natureza, e ao significativo ou sagrado. A espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas (Puchalski, et al., 2014).*

O bem-estar espiritual é considerado um poder integrador para a pessoa que está ciente da sua identidade individual, não de forma isolada, mas na relação com o outro. Quem se encontra espiritualmente bem é capaz de afirmar a vida na sua plenitude, através da comunhão com o outro e em harmonia com o meio ambiente.

Segundo Carson, et al., (2008), a dimensão espiritual é parte integrante na humanização e na prestação integral de cuidados de saúde. Isto implica e obriga que os profissionais de saúde consolidem, primeiramente, a sua própria espiritualidade, nas três grandes áreas:

- cognitiva, como procura de significado e de valores;
- vivencial, pela necessidade de afeto e resiliência;
- comportamental, como expressão de convicções e de necessidades.

Os profissionais devem empenhar-se na consolidação da sua própria espiritualidade, como dimensão do autocuidado, ou seja, como autoconhecimento, que se traduz no cuidado holístico transmissor de paz e tranquilidade (Carson, et al., 2008). A prestação de cuidados de saúde em enfermagem afigura-se como uma das mais antigas profissões, de condição científica, cuja função social, humanitária e humanística possibilitou o alcance da existência do ser humano, com o compromisso ético. Razão pela qual é considerada pela academia a mais humana das ciências e a mais científica das humanidades.

A enfermagem aborda a espiritualidade de forma diferente dos outros profissionais da saúde. Neste âmbito, desenvolveram-se três abordagens diferentes, mas sempre inter-relacionadas: *angústia espiritual*, *necessidades espirituais*, e *bem-estar espiritual*. Cada uma delas tem os seus pontos fortes e aborda a espiritualidade em diferentes facetas.

O *sofrimento espiritual* é um diagnóstico da prática de enfermagem. Consta tanto nos diagnósticos aprovados pela Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) como na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). É designado como *angústia espiritual*. Na NANDA, a angústia espiritual é definida como "*Capacidade deficiente de experimentar e integrar significado e propósito na vida, através da ligação de uma pessoa a si própria, aos outros, à arte, à música, à literatura, à natureza ou a um poder superior a si própria*"

(Garcez, 2008). Na CIPE a angústia espiritual é definida como “*rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associadas ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudanças nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade*”(OE, 2011)”.

No que se refere às *necessidades espirituais*, utilizaremos a definição dada por Stallwood e Stoll (1975) que as definem como “algo de que a pessoa necessita para estabelecer e/ou manter a sua relação pessoal de forma dinâmica, consigo mesma e com Deus, na qual experimenta o perdão, o amor, a esperança, a confiança, o significado e o propósito da vida”.

A compreensão das necessidades espirituais difere de pessoa para pessoa. No que concerne a este assunto, o enfermeiro é responsável por encorajar o doente a experimentar a satisfação das suas necessidades espirituais, através de um diálogo aberto e de uma relação de interajuda. Atendendo a que a pessoa é um ser inteiro, é mais do que a soma das diferentes partes que a compõe, logo não pode ser separada em segmentos para dar origem a diagnósticos e cuidados específicos. O corpo, a mente e o espírito são tecidos de forma dinâmica, pelo que uma dimensão afetada, afeta todo o resto (Carson, et al., 2008).

O *bem-estar espiritual* é também um diagnóstico de enfermagem definido na CIPE como “*imagem mental de estar em contato com o princípio da vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial*” (OE, 2011).

Cook (1980), supracitado por Carson, et al., (2008) diz que:

*«... o bem-estar espiritual indica a totalidade da pessoa, ou seja, sentir-se bem com todas as dimensões da vida. Ter bem-estar espiritual é dizer sim à vida, apesar das circunstâncias negativas que ocorrem, no contexto da relação com Deus, consigo próprio, com a comunidade e com o ambiente. Deus é visto como Ser Supremo, criador da vida, fonte e poder que deseja o bem-estar. Todas as pessoas são chamadas a responder a Deus, no amor e na obediência. Percebendo que somos filhos de Deus, crescemos para a plenitude como indivíduos e somos levados a afirmar o nosso parentesco com toda a criação»* (Carson, et al., 2008).

Devido à complexidade e multidimensionalidade da espiritualidade, ela é vivida e interpretada de forma única, por cada um. Apenas a pessoa em causa é capaz de proporcionar a outras pessoas a perceção única da sua própria espiritualidade. Por isso mesmo, para que os enfermeiros possam perceber a espiritualidade dos seus pacientes, dependem do relato que eles próprios fazem, o que implica despende tempo para os

escutar e para os acompanhar na validação dos comportamentos, de modo a poderem compreender o seu sentido de espiritualidade.

### **1.5. ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DE TRABALHO MULTIDISCIPLINAR**

O bom relacionamento interdisciplinar dos profissionais proporciona uma saudável socialização e o bem-estar de todos, pois é impossível separar a vida profissional da vida pessoal, e vice-versa. Por isso, na atualidade, é importante a criação de novas estratégias de gestão de pessoas, por forma a criar, nos ambientes de trabalho, uma qualidade de vida saudável.

A humanidade necessita de voltar a modelos relacionais que ajudem a intensificar os aspetos característicos da maturidade emocional, intelectual e espiritual, e onde se destaque a extensão do sentido do eu que permite sair de si e ultrapassar a barreira, aumentando, assim, a fronteira que existe entre o eu e os outros, ou seja, a descentralização do imediatismo e do egocentrismo (Enes, et al., 2018).

O aumento da concorrência no ambiente de trabalho e a sobrecarga do mesmo têm sido um problema comum sofrido por muitos funcionários, pois eles são uma ameaça para a própria saúde, tanto física como psicológica e levam à diminuição do desempenho e à falta de capacidade, para atingir as metas delineadas pelas instituições.

Segundo Ashmos e Duchon (2000) citados pelo Enes et.al (2018), a espiritualidade no trabalho está alicerçada no grau de reconhecimento dos trabalhadores como seres humanos com uma vida interior própria. Assim e por isso mesmo, o ambiente organizacional deve ser encarado como um espaço privilegiado, onde se pode praticar a espiritualidade.

Segundo Marques (2010), a espiritualidade, no local de trabalho, é uma experiência de inter-relação e de confiança entre os envolvidos; deve ser baseada na vontade individual de cada membro da equipa e levar à criação coletiva de uma cultura organizacional motivacional, sintetizada pela reciprocidade e pela solidariedade.

A vivência da espiritualidade na relação profissional é tida como um quadro de valores organizacionais que promove a vivência de transcendência no ambiente de trabalho, a partir dos processos de trabalho em equipa, de modo a facilitar a sua conexão proporcionando sentimentos de plenitude e alegria ( Giacalone, et al., 2015). Na mesma

linha Vasconcelos no seu livro sobre a espiritualidade no trabalho em saúde, define-a como uma relação que *“implica transparecer plenamente todo o arsenal de virtude e qualidades intelectuais que já possuímos com vista a construção de experiência mais enriquecedora e realizadora para nós, para os que nos cercam ou dependem do nosso esforço”* (Vasconcelos, 2015).

Este capítulo lançou as bases para uma visão geral e para a compreensão e apreciação do significado da espiritualidade, no contexto dos cuidados de saúde.

## CAPÍTULO II – A METODOLOGIA

A enfermagem é dinâmica e enriquecida pelas tradições do passado. Desde a sua origem, vai sendo desafiada pelas profundas mudanças que ocorrem, na sociedade e nos cuidados de saúde. A sua evolução é marcada pela interface na investigação. Na área de espiritualidade, tem-se demonstrado que o envolvimento espiritual e religioso não só promove a saúde física e mental e a longevidade como também diminui a procura dos cuidados de saúde (Biondo, et al., 2017).

A Enfermagem, como ciência prática, contempla a aquisição intencional e consciente do conhecimento organizado e apropriado aos componentes logicamente interrelacionados, a fim de alcançar uma desenvoltura prática e coerente.

O desenvolvimento do conhecimento da prática de enfermagem tem a sua origem na tradição, nas experiências que foram transmitidas, de geração em geração, nos processos de investigação e nas operações mentais, ou seja, na reflexão, na intuição e na imaginação.

O tema da Espiritualidade é relevante para as Ciências da Saúde e, em especial, para a Enfermagem, uma vez que o desenvolvimento da enfermagem procurou, desde sempre, privilegiar e valorizar o autocuidado, fundamentado numa visão holística (cuidar do outro como um todo) e no estímulo das pessoas cuidadas, em ordem à melhoria e preservação da sua própria saúde.

A opção por realizar uma revisão integrativa da literatura deve-se ao facto de ela constituir

*“a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, e que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado, através da incorporação de um vasto leque de propósitos, tais como, definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular”* (Souza, et al., 2010).

Esta desenvoltura advém, também, de uma constante procura de saber, por parte dos profissionais, através do interesse intelectual e do empenho na investigação para

aquisição de mais saber, o que se traduz na qualidade dos cuidados prestados e na construção de uma academia mais sólida, confiante e segura, já que a tomada de decisões clínicas, com base na evidência científica, permite caminhar para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Para a construção da questão da investigação, seguimos as recomendações de Joanna Briggs Institute (JBI) (The Joanna Briggs Institute, 2015), baseando-nos na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC). Assim, formulamos a seguinte questão: *como é que a espiritualidade influencia a saúde do doente crítico?*

Os critérios de inclusão dos artigos foram definidos de acordo com o tipo de estudo: artigos originais de acesso integral, língua e espaço temporal. Assim, incluíram-se estudos primários ou secundários, quantitativos ou qualitativos, estudos publicados em língua portuguesa, espanhola e inglesa, e estudos publicados entre 2015 e 2022.

A identificação/seleção dos artigos teve por base a pesquisa de publicações científicas indexadas no *Pubmed*, *MedLine*, *B-on* e *Elsevier*. As colheitas dos artigos foram feitas com recurso aos Medical Subject Headings terms, através da construção da frase booleana “spirituality **and** the critically ill”, “religion **and** spirituality” e “nursing care **and** spirituality”. A figura um (1) representa o processo de identificação e seleção dos artigos encontrados.

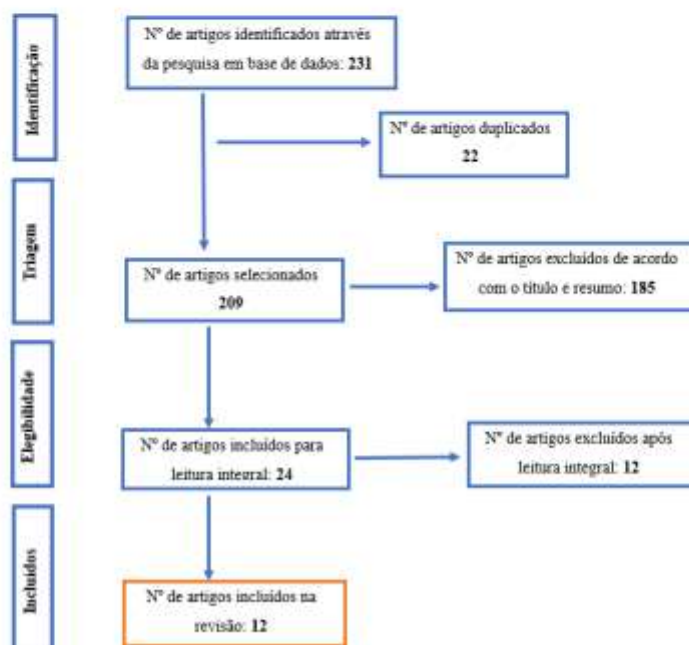


Figura 1: Processo de identificação dos estudos - PRISMA Diagram flow.

Em seguida, será desenvolvida uma ficha resumida, que permitirá a organização das publicações selecionadas para esta revisão, de modo a facilitar a sua leitura e integração, com as seguintes informações: título do artigo, ano da publicação, o/s autor/es, objetivo do estudo, tipo de estudo, metodologia e resultados/conclusões.

<b>Artigo N° 1</b>	
Título do artigo	A importância da espiritualidade na dinâmica do novo paradigma do cuidar
Ano	2018
Autor/es	Antônio Jácomo
Objetivo do estudo	Mostrar a importância da espiritualidade perante a mudança de paradigma biomédico para o modelo antropológico. Esta mudança implica novas posturas na dinâmica dos desafios da nova dimensão da espiritualidade em cuidados da saúde.
Tipo de estudo	Observacional
Metodologia	Qualitativa Analisados 5 posturas: - Atenção ao modo de cuidar, do seu significado à sua expressão; - Consciência de que a abordagem do sofrimento não se sobrepõe, nem metodológica nem operacionalmente, à abordagem dedicada à dor; - Um paradigma de comunicação com o doente que contemple a disposição de escuta ativa; - Tratamento eticamente correto do doente; - Vivência da dimensão da sua religiosidade.
Conclusão do estudo	Conclusão apresenta duas formas de promover a “arte” da humanização: - Ouvir: Este ato de ouvir, de se interessar pelo outro e de aprender dele é o que humaniza o médico; - Reforço dos ‘princípios básicos de convivência’. Dentro estes princípios o autor salienta a unidade, a compreensão, a liberdade, a sensibilidade como o barómetro de medição da dignidade do cuidar.
<b>Artigo N° 2</b>	
Título do artigo	Barriers to Addressing the Spiritual and Religious Needs of Patients and Families in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study of Critical Care Physicians
Ano	2020
Autor/es	Christian K. Alch, Christina L. Wright, Kristin M. Collier and Philip J. Choi
Objetivo do estudo	Embora os médicos dos cuidados intensivos se sintam responsáveis por atender às necessidades espirituais e religiosas dos pacientes e

	familiares, na prática, raramente atendem a essas necessidades. Objetivo do estudo foi explorar essa discrepância, por meio de um processo de entrevista com médicos da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).
Tipo de estudo	Observacional
Metodologia	A Metodologia qualitativa foi construída, usando entrevistas semi-estruturadas a 11 médicos de UCI voluntários, numa única instituição no Centro-Oeste. Os médicos discutiram as barreiras para atender às necessidades espirituais e religiosas na UCI.
Conclusão do estudo	Com os médicos de UCI, foram identificadas barreiras quanto ao porquê das necessidades espirituais e religiosas raramente serem atendidas. Isto pode ajudar a informar as instituições para melhorar, na prática, o atendimento dessas necessidades.
<b>Artigo N°3</b>	
Título do artigo	Espiritualidade nos serviços de urgência e emergência
Ano	2017
Autor/es	Chrisne Santana Biondo, Mariana Oliveira Antunes Ferraz, Mara Lúcia Miranda Silva, Sérgio Donha Yarid
Objetivo do estudo	Verificar como a espiritualidade é abordada nos ambientes de atendimento.
Tipo de estudo	Observacional
Metodologia	Revisão de literatura, a partir de publicações indexadas no Medline e no Scopus (2000-2014), selecionados sete artigos.
Conclusão do estudo	A espiritualidade é apontada como necessária, para pacientes e familiares, e relacionada, especialmente, com as situações de fim de vida. Contudo, a compreensão desta dimensão, no contexto de urgências e emergências, é ainda um desafio, por não ser percebida como um cuidado prioritário e pelas dificuldades decorrentes do trabalho nos serviços de saúde.
<b>Artigo N° 4</b>	
Título do artigo	Factors that predict the perception of spirituality and spiritual care of nurses working in high-risk units and the effect of death anxiety
Ano	2020
Autor/es	Suheyla Rahman, Huseyin Elbi, Aynur Cakmakci Cetinkaya, Selim Altan, Erol Ozan, Edibe Pirincci
Objetivo do estudo	Investigar os fatores que predizem as percepções de espiritualidade e o efeito da ansiedade da morte dos enfermeiros.
Tipo de estudo	Observacional transversal
Metodologia	Qualitativa
Conclusão do	Estudo mostra que os enfermeiros que trabalham em unidades de alto

estudo	risco não têm clareza sobre a sua percepção de espiritualidade e cuidado espiritual. Em primeiro lugar, o sistema de educação de enfermagem não presta atenção suficiente à espiritualidade. Em segundo lugar, a intensa carga de trabalho e condições de trabalho pesadas, podem sugerir que os enfermeiros não são suficientemente sensíveis.
<b>Artigo N° 5</b>	
Título do artigo	Health Care Professionals Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions
Ano	2015
Autor/es	Natalie C. Ernecoff, Farr A. Curlin, Praewpannarai Buddadhumaruk, Douglas B. White
Objetivo do estudo	- Determinar com que frequência, os tomadores de decisões substitutos e os profissionais de saúde discutem considerações religiosas ou espirituais durante reuniões familiares, nas unidades de cuidados intensivos (UCI); - Caracterizar como os profissionais de saúde respondem às declarações de substitutos.
Tipo de estudo	Longitudinal, estudo de coorte prospetivo multicêntrico
Metodologia	Qualitativa Conversas gravadas em áudio foram analisadas, transcritas e codificadas qualitativamente.
Conclusão do estudo	Discussão de considerações religiosas e/ou espirituais ocorreram em menos de 20% de casos, entre substitutos de alto grau de religiosidade e os profissionais de saúde. Os profissionais de saúde de UCI raramente exploravam, com o paciente ou com a família, ideias religiosas ou de espiritualidade.
<b>Artigo N° 6</b>	
Título do artigo	Spiritual perspectives of emergency medicine doctors and nurses in caring for end-of-life patients: A mixed-method study
Ano	2017
Autor/es	Zhang Yingting, Rakhee Yash Pal, Tam Wai San Wilson, Alice Lee, Mabel Ong, Tiew Lay Hwa
Objetivo do estudo	- Explorar as perspectivas dos médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência sobre espiritualidade; - Domínio do cuidado espiritual, nos cuidados de fim de vida; - Definir os fatores que influenciavam a prestação de cuidados espirituais, no Departamento de Emergência.
Tipo de estudo	Estudo de coorte sequencial
Metodologia	Mista: quantitativa e qualitativa

Conclusão do estudo	O estudo demonstrou a necessidade de educação sobre espiritualidade e sobre prestação de cuidados espirituais, em diferentes culturas. Isso poderá ajudar os profissionais de saúde a sentirem-se mais competentes, para abordar estes problemas e para lidar com carga emocional que a prestação de cuidados espirituais pode acarretar.
<b>Artigo N° 7</b>	
Título do artigo	Religion, Spirituality, and the Intensive Care Unit. The Sound of Silence
Ano	2015
Autor/es	Tracy A Balboni, Michael J. Balboni, George Fitchett
Objetivo do estudo	Mostrar a importância dos cuidados religiosos e espirituais no fim da vida em UCI
Tipo de estudo	Prospetivo
Metodologia	Qualitativa prospetiva. Revisão de literatura baseada em oito estudos sobre cuidados religiosos/espirituais em Unidade de Cuidados Intensivos ("Health Care Professionals Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions" Natalie C. Ernecoff 2015 entre outros).
Conclusão do estudo	Os pacientes em estado crítico/fim de vida e suas famílias, na UCI, encontram-se em isolamento espiritual. Os prestadores de cuidados não ouvem reverberações espirituais, durante a tomada de decisões sobre o bem-estar do doente. Quem está a prestar cuidados, a um paciente terminal e à sua família, tem de aprender estar presente e a ouvir.
<b>Artigo N° 8</b>	
Título do artigo	Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research
Ano	2020
Autor/es	Suzan Willemse, Wim Smeets, Evert van Leeuwen, Trijnie Nielen-Rosier, Loes Janssen, Norbert Foudraïne
Objetivo do estudo	Revisão de literatura para três domínios em relação ao cuidado espiritual na UCI: - Qualidade de vida; - Qualidade do cuidado; - Educação.
Tipo de estudo	Descritivo
Metodologia	Revisão integrativa de literatura
Conclusão do estudo	Os cuidados espirituais contribuem para melhorar a qualidade de vida e a qualidade do cuidado, na UCI. Os profissionais de saúde reconhecem a necessidade de melhorar os seus conhecimentos e as suas habilidades em cuidados espirituais, para poderem aprimorar e complementar os cuidados eficazes.
<b>Artigo N° 9</b>	
Título do artigo	The influence of spirituality and religion on critical care

	nursing: An integrative review
Ano	2021
Autor/es	Barbara Badanta, Estefania Rivilla-Garcia, Giancarlo Lucchetti, Rocio de Diego-Cordero
Objetivo do estudo	Revisão das evidências empíricas sobre a influência e a importância da espiritualidade e da religião, em enfermagem de cuidados intensivos.
Tipo de estudo	Revisão integrativa
Metodologia	Revisão integrativa de quarenta artigos (20 qualitativos, 19 quantitativos e 1 de mista metodologia)
Conclusão do estudo	Os profissionais de cuidados intensivos devem estar cientes das necessidades dos pacientes e devem ser treinados para lidar com a espiritualidade e a religião, na prática clínica. Os enfermeiros são encorajados a aumentar os seus conhecimentos e a sua tomada de consciência, em relação às questões espirituais.
<b>Artigo Nº 10</b>	
Título do artigo	Operationalizing the Measuring What Matters Spirituality Quality Metric in a Population of Hospitalized, Critically Ill Patients and Their Family Members
Ano	2016
Autor/es	Rebecca A. Aslakson, Josephine Kweku, Malonnie Kinnison, Sarabdeep Singh, Thomas Y. Crowe II, Mdiv.
Objetivo do estudo	- Determinar a facilidade e as barreiras em ordem à colheita prospetiva de dados, para medição da qualidade da espiritualidade; - Explorar a importância da espiritualidade numa população gravemente doente hospitalizada: doentes criticos e seus familiares.
Tipo de estudo	Observacional transversal.
Metodologia	Revisão do prontuário eletrónico, método corte transversal.
Conclusão do estudo	A alta prevalência de espiritualidade entre os entrevistados valida a importância da espiritualidade como uma métrica de qualidade potencial.
<b>Artigo Nº 11</b>	
Título do artigo	Spirituality and religiosity in the daily routine of hospital nursing.
Ano	2018
Autor/es	Marilei de Melo Tavares <sup>1</sup> , Antônio Marcos Tosoli Gomes <sup>2</sup> , Diogo Jacintho Barbosa <sup>3</sup> , Julio Cesar Cruz da Rocha <sup>4</sup> , Margarida Maria Rocha Bernardes <sup>5</sup> , Priscila Cristina da Silva Thiengo <sup>6</sup>
Objetivo do estudo	Promover reflexões sobre a presença da espiritualidade e religiosidade no quotidiano do enfermeiro hospitalar.
Tipo de estudo	Descritivo
Metodologia	Análise reflexiva a partir de artigos nacionais e internacionais pesquisados na BVS, PubMed/MEDLINE e na biblioteca SciELO.
Conclusão do	As reflexões sugerem espaços de discussão sobre o papel da

estudo	espiritualidade e da religiosidade no processo formativo da enfermagem, a fim de fornecer subsídios/ferramentas para mediação do cuidado integral.
<b>Artigo Nº 12</b>	
Título do artigo	Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians
Ano	2018
Autor/es	Philip J. Choi, Farr A. Curlin, and Christopher E. Cox
Objetivo do estudo	Determinar como os médicos de UCI abordam a questão religiosa e as necessidades espirituais dos pacientes e familiares.
Tipo de estudo	Observacional transversal
Metodologia	Método de corte transversal analítico
Conclusão do estudo	O Estudo mostra que os médicos de UCI consideram como seu papel abordar as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes, e relatam sentir-se à vontade para falar sobre essas questões. Apesar disso, na prática clínica, só uma minoria de médicos aborda, regularmente, questões de espiritualidade e de religião.

*Tabela 1: resumo dos artigos selecionados para o estudo.*

### CAPÍTULO III: RESULTADOS DA PESQUISA/ DISCUSSÃO

Depois de analisar os artigos, partiu-se para a sintetização do conhecimento referente à dimensão espiritual, nos cuidados de enfermagem.

Em relação à dimensão espiritual, no cuidado à pessoa em situação crítica e aos seus familiares, há aspectos que é preciso ter em consideração, sobretudo no que diz respeito às estratégias a implementar, para melhor responder às necessidades do doente.

Segundo o Regulamento nº 124 (2011), a pessoa em situação crítica é definida como aquela *"cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica"*. E o mesmo refere ainda que os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, que possibilitam, de forma antecipada, uma resposta especializada às necessidades afetadas, decorrentes das funções vitais em risco, procurando prevenir complicações e limitando incapacidades, com vista à sua recuperação total (OE, 2011).

Apesar de a nossa formação de base não dar muita ênfase à dimensão espiritual, verifica-se, em vários estudos, que os enfermeiros a consideram como um aspeto importante nos cuidados, independentemente da religião de cada pessoa ( Rahman, et al., 2020) ( Emecoff, et al., 2015) (Yingting, et al., 2018) (Tavares, et al., 2018).

Verifica-se um interesse crescente na relação entre a espiritualidade e o processo saúde/doença, devido ao seu potencial de proteção em situações difíceis, como acontece nos cuidados de emergência que, devido às suas características, são normalmente identificados como uma fonte de *stress* (Biondo, et al., 2017).

Verifica-se também que a espiritualidade é percebida como uma necessidade dos pacientes e familiares, especialmente em situações de fim de vida. Contudo, a compreensão desta dimensão, no contexto dos cuidados de saúde, continua a ser um desafio, porque não é vista como uma dimensão prioritária, sobretudo, por causa do

excesso de trabalho nestes serviços de saúde altamente especializados [ (Camino-Gaztambide, et al., 2022) (Biondo, et al., 2017)].

No cuidado ao doente crítico, a fragilidade da vida humana é muito grande e a linha que separa a vida e a morte é muito ténue. Por isso mesmo, o objetivo do nosso cuidado deve centrar-se, sobretudo, num cuidado holístico. Assim, e para que a dimensão espiritual seja considerada como uma necessidade humana básica e inerente ao doente, os enfermeiros devem ser capazes de compreender, identificar e aceder às suas necessidades espirituais, através da comunicação com o próprio doente e com os seus familiares.

Cuidar a dimensão espiritual é facilitar a promoção do bem-estar biopsicológico, sócio, espiritual e emocional do doente, ajudando-o a lidar com a sua doença, da melhor forma possível [ (Tavares, et al., 2018) (Biondo, et al., 2017)].

A literatura aconselha os enfermeiros a estarem atentos, quando se referem a Deus ou a outras divindades, sobretudo, se ainda não têm um conhecimento prévio das suas crenças, expressas pelo próprio doente ou pela família (Tavares, et al., 2018)

Uma quantidade notável de literatura sobre cuidados espirituais, baseada em experiências dos enfermeiros mostra que a espiritualidade pode ter usos ou conotações diferentes, o que se reflete na forma como o cuidado espiritual é praticado. Alguns estudos exploram a importância da avaliação espiritual. A consciência da necessidade de cuidados espirituais integrados nos cuidados diários pode levar ao desenvolvimento de estratégias de cuidados mais abrangentes e, possivelmente, mais eficazes para os pacientes e para os seus familiares [ (Willemse, et al., 2020) (Biondo, et al., 2017) (Balboni , et al., 2015)]

A prestação de cuidados espirituais, no cuidado ao doente crítico, contribui positivamente para o bem-estar espiritual do mesmo e seus familiares. O reconhecimento da presença de *angistia espiritual* é crucial, na prestação de cuidados de qualidade [ (Balboni , et al., 2015) (Badanta, et al., 2022) (Biondo, et al., 2017)]

A Conferência de Consenso de Cuidados Espirituais de 2009 referida por Balboni et, al (2015 ) salienta que "*Espiritualidade é o aspeto da humanidade que se refere à forma como os indivíduos procuram expressar significado e propósito de vida, assim como, à forma como experimentam a sua ligação ao momento, a si próprios, aos outros, à natureza, e ao significativo ou sagrado*" (Balboni , et al., 2015)

Independentemente das várias definições que possam ser apresentadas, é claro que a espiritualidade se expressa em inúmeras formas, tais como o respeito pela família

e pela natureza, ou a relação consigo mesmo, com os outros e com o divino. E também é claro que a espiritualidade é descrita como uma dimensão essencial, para o sucesso dos cuidados de saúde, e como fonte de uma força superior que proporciona bem-estar e conforto e que contribui para a melhoria do quadro clínico [ (Balboni , et al., 2015) (Yingting, et al., 2018)].

Os profissionais de saúde têm cada vez mais consciência da necessidade de incluir a espiritualidade nos cuidados a prestar aos doentes e há muitos doentes que verbalizam o que para eles é mais sagrado e o que transcende a finitude da vida humana, contribuindo assim para a sua própria qualidade de vida. Mas não deixa de ser estranho o facto de que, como referem alguns estudos, haja doentes que não demonstram interesse em manifestar, de uma forma explícita, esses seus sentimentos [ (Biondo, et al., 2017) (Balboni , et al., 2015)].

Os resultados de alguns estudos demonstram também que os enfermeiros, em geral, têm atitudes mais positivas do que os médicos, no que se refere à importância a dar à abordagem da espiritualidade e dos cuidados espirituais. Historicamente, e de uma maneira geral, os cuidados de enfermagem sempre incorporaram, na sua prática, os cuidados espirituais e religiosos. Desde os primórdios, ainda com Florença Nightingale, foram sendo introduzidas iniciativas, como a música no ambiente, para facilitar o processo de cura. Ela opinava que essas iniciativas promovem a paz nos doentes, contribuindo assim para o seu processo de cura [ (Yingting, et al., 2018) ( Rahman, et al., 2020) ( Ernecoff, et al., 2015)].

Nenhum livro sobre espiritualidade e saúde estaria completo sem uma discussão sobre religião e sobre o seu impacto nos cuidados de saúde. Embora a religião organizada não seja a única expressão de espiritualidade, para muitas pessoas ela continua a ser uma expressão importante. Os enfermeiros e outros profissionais de saúde precisam de estar conscientes da importância que as crenças religiosas desempenham, na vida de muitos pacientes e suas famílias e também como essas crenças podem afetar os cuidados de saúde. As crenças religiosas têm frequentemente um impacto direto em áreas como a dieta, a higiene e os rituais que rodeiam o nascimento e a morte[ (Aslakson, et al., 2017) (Alch, et al., 2021) (Badanta, et al., 2022) (Biondo, et al., 2017) (Choi, et al., 2018)].

A abordagem da pessoa, em relação à sua dimensão espiritual, contribui, grandemente, para o estímulo das relações interpessoais. Verifica-se que, tanto a nível da religiosidade como da espiritualidade, a forma como os profissionais de saúde

encaram a abordagem das preocupações religiosas e espirituais dos doentes afeta a forma como os doentes se sentem à vontade, para abordar essas mesmas questões [ (Ernecoff, et al., 2015) (Choi, et al., 2018)].

A espiritualidade é uma dimensão importantíssima, na prática dos cuidados de saúde, e a atenção à sua prática e abordagem permite promover o conforto e o alívio do sofrimento da pessoa em situação crítica (Jácomo, 2018).

Desenvolver estratégias para assegurar uma adequada exploração e integração das considerações religiosas e espirituais dos doentes é uma mais-valia, em ordem à melhoria dos cuidados centrados no doente (Ernecoff, et al., 2015), porque essas estratégias ajudam a minimizar os impactos negativos gerados pela hospitalização.

A abordagem da pessoa, na sua dimensão espiritual, inclui o planeamento de processos de cuidados de saúde capazes de aumentar o envolvimento dos prestadores de cuidados espirituais, nas discussões que envolvam doentes com elevados graus de religiosidade. Neste sentido, os capelães, que têm conhecimentos especializados complementares aos dos profissionais de saúde, são uma grande ajuda na resolução de questões relativas à espiritualidade (Willemse, et al., 2020).

Em todo o processo de cuidado em enfermagem, o enfermeiro deve estar atento a situações de instabilidade clínica que possam refletir como são ténues as linhas que separam o discurso de estímulo do paciente e da família de uma falsa ilusão religiosa. Cada ocorrência oferece, potencialmente, uma oportunidade única para “refinar”, de forma construtiva, o significado das circunstâncias objetivas da vida, por mais indesejada ou traumática que a situação possa parecer [ (Badanta, et al., 2022) (Biondo, et al., 2017) (Castellan, et al., 2016)].

Em vários estudos, é apresentada como lacuna, nesta matéria, a falta de formação de base dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros. Por outro lado, não pode ser ignorada a contribuição muito positiva dos cuidados espirituais, na promoção da serenidade, compreensão, conforto e tranquilidade dos doentes críticos, em ordem a melhorar a sua qualidade de vida (Aslakson, et al., 2017). Por isso mesmo, consideramos que é pertinente e urgente a introdução de formação específica sobre este assunto, no ensino/base de enfermagem, apesar de alguns estudos revelarem também que, nesta matéria, os enfermeiros já colaboram mais do que os próprios médicos, talvez por passarem mais tempo junto dos doentes (Choi, et al., 2018).

Todos os estudos analisados nesta revisão da literatura nos levam a constatar que é sumamente importante, para os doentes e suas famílias, que os profissionais de saúde

saibam como abordar as necessidades religiosas e espirituais dos pacientes [ (Jácomo, 2018)(Alch, et al., 2021)(Biondo, et al., 2017)( Rahman, et al., 2020)(Ernecoff, et al., 2015)(Yingting, et al., 2018)(Balboni , et al., 2015)(Willemse, et al., 2020)(Badanta, et al., 2022)(Aslakson, et al., 2017)(Tavares, et al., 2018)(Choi, et al., 2018)], apesar das discordâncias entre as crenças dos profissionais de saúde e a sua prática real, ou seja, a existência de lacunas continuadas, na prestação de cuidados espirituais regulares a doentes internados. Isto supõe um trabalho adicional, no sentido de colmatar a lacuna existente entre o que se percebe e prática real, de modo que possam ser prestados cuidados espirituais de alta qualidade, a todos os doentes internados (Choi, et al., 2018).

## CONCLUSÃO

A análise dos dados demonstrou que a espiritualidade/religiosidade, quando bem integrada na vida do doente, contribui, de forma positiva, para a sua saúde integral. Com base nos resultados obtidos, é sumamente importante considerar que a definição de espiritualidade/religiosidade, enquanto "experiência", deve levar em consideração a forma como o sujeito se deixa afetar por essa experiência, como a interpreta bem como o que ela produz nele, em ordem à busca de um sentido para a sua vida.

Todos os dados analisados demonstram como é importante que os profissionais de saúde reconheçam e valorizem a espiritualidade/religiosidade como um recurso de qualidade, nos cuidados a prestar aos doentes. Por isso mesmo, desde as universidades, é necessário e sumamente importante criar espaços de discussão e de esclarecimento sobre estes conceitos e sobre a sua relação com a saúde/doença. As investigações realizadas demonstraram que o envolvimento espiritual e religioso não só promove a saúde física, a saúde mental e a longevidade, como diminui a procura de cuidados de saúde (Alch, et al., 2021).

Assim, a espiritualidade, embutida na teoria e na práxis do cuidado holístico, auxilia os profissionais de enfermagem na prestação de cuidados de qualidade e excelência, tendo em atenção todas as dimensões do doente. A integração desta dimensão, no processo de cuidar, promove um cuidado mais efetivo do que aquele que é voltado apenas para a cura, nem sempre possível.

Esta revisão pretende incentivar a implementação de um cuidado de saúde holístico, deixando de lado um pensamento, tantas vezes presente na prática profissional, voltado, predominantemente, para o tratamento e cura das doenças.

É uma contribuição que pretende subsidiar o conhecimento já existente no campo de cuidados espirituais em enfermagem, auxiliar os investigadores e enfermeiros docentes, na produção e disseminação de conhecimentos, acerca da importância dos

cuidados espirituais, e contribuir para uma formação mais sólida e para uma prática assistencial mais sublimada.

Ao terminar esta revisão de literatura, sugerimos o enquadramento da dimensão do cuidado espiritual, no ensino de enfermagem, para que os futuros profissionais possam responder às preocupações religiosas e espirituais dos pacientes, acompanhar os prestadores de cuidados espirituais/capelães, abordar estes assuntos com a necessária competência e sentirem-se parte integrante da construção de um cuidado em enfermagem, com eficiência e qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Alch, Christian K, et al. 2021.** Barriers to Addressing the Spiritual and Religious Needs of Patients and Families in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study of Critical Care Physicians. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 2021, Vol. 38, 9.

**Aslakson, Rebecca A, et al. 2017.** Operationalizing the Measuring What Matters Spirituality Quality Metric in a Population of Hospitalized, Critically Ill Patients and Their Family Members. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2017, Vol. 53, 3.

**Badanta, Barbara, et al. 2022.** The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nurs Crit Care*, 2022, Vol. 27.

**Balboni , Tracy A, Balboni , Michael J e Fitchett, George. 2015.** Religion, Spirituality, and the Intensive Care Unit the Sound of Silence. *JAMA Estagiário Med*, 2015, Vol. 175, 10.

**Biondo, Chrisne Santana , et al. 2017.** Espiritualidad en los servicios de urgencia y emergencia. *Rev. bioét.*, 2017, Vol. 25, 3.

**Boff, Leonardo. 2008.** *Ecologia, Mundialização, Espiritualidade*. Rio de Janeiro : Record, 2008. 9788501080509.

—. **2017.** *Ética e Espiritualidade - Como Cuidar da Casa Comum*. Rio de Janeiro : Vozes, 2017. 9788532653468.

**Camino-Gaztambide, Richard F, Fortuna, Lisa R e Stuber, Margarida L. 2022.** Religion and Spirituality: Why and How to Approach it in Clinical Practice. *Criança Adolescente Psiquiatra Clin N Am*, 2022, Vol. 31, 4.

**Carneiro, António H. e Neutel, Elizabete. 2011.** *Manual do Curso de Evidência na Emergência*. Porto : LITOJESUS - Artes Gráficas, Lda., 2011. 978-989-96821-0-8.

**Carson, Verna Benner e Koenig, Harold G. 2008.** *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. United States of America : Revised Edition, 2008. 978-1-59947-145-7.

**Castellan, Cristiana, et al. 2016.** Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *J Adv Nurs*, 2016, Vol. 72, 1273-1286.

**Choi, Philip J, Curlin, Farr A e Cox, Christopher E. 2018.** Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliative and Supportive Care*, 2018, Vol. 17, 2.

**Coleman-Brueckheimer, Kate e Dein, Simão. 2011.** Health care behaviours and beliefs in hasidic Jewish populations: A systematic review of the literature. *J Relig Saúde*, 2011, Vol. 50, 2.

**Cunha, Fátima. 2021.** Conceito de Espiritualidade em contextos de saúde: uma revisão da literatura. *Revista UI\_IPSantarém*, 2021, Vol. 9, 1.

**Enes, Randes de Faria e Lima , Luiz Cláudio. 2018.** *Uma Análise da Qualidade de Vida no Ambiente de Trabalho por meio de Espiritualidade Cooperativa*. Belo Horizonte : Poisson, 2018. 978-85-7042-004-6.

**Ernecoff, Natalie C, et al. 2015.** Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions. *JAMA Intern Med.*, 2015, Vol. 175, 10.

**Garcez, Regina Machado. 2008.** *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações*. Porto Alegre : Artmed , 2008. 978-85-363-1124-1 .

**Giacalone, Robert A e Jurkiewicz, Carole L. 2015.** *Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance*. Carole L. Jurkiewicz, 2015.

**Higuera, José Carlos Bermejo. 2011.** *Introducción al Counseling*. Maliaño (Cantabria) : Sal Terrae, 2011. 978-84-293-1896-8.

**Jácomo, António. 2018.** A importância da espiritualidade na dinâmica do novo paradigma do cuidar. *Cad. Fé e Cultura*, 2018, Vol. 3, 2.

**José, Mini M. 2010 .** Cultural, ethical, and spiritual competencies of health care providers responding to a catastrophic event. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2010 , Vol. 22, 455-464.

**Koenig, Harold G. 2015.** Religion, spirituality and health: a review and update. *Adv Mente Corpo Med*, 2015, Vol. 29, 3.

**Novoa, Mónica e Valderrama, Blanca Patricia Ballesteros. 2006.** The role of the psychologist in an intensive care unit. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 2006, Vol. 5, 599-612.

**OE. 2011.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011. 978-92-95094-35-2.

—. **2005.** *Código Deontológico dos Enfermeiros: Dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2005. 972-99646-0-2.

—. **2012.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2012.

—. **2011.** *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. [2.ª série — N.º 35] Portugal : Diário da República, 2011. 304320161.

**Puchalski, Christina M , et al. 2014.** Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*, 2014, Vol. 17, 6.

**Rahman, Suheyla , et al. 2020.** Factors that predict the perception of spirituality and spiritual care of nurses working in high-risk units and the effect of death anxiety. *Perspect Psychiatr Care*, 2020, Vol. 57, 473–480.

**Ramezani, M, et al. 2014.** The spiritual dimension of nursing. *Int Nurs Rev*, 2014, Vol. 61, 2.

**Ribeiro, Fernanda Mendes Lages e Minayo, Maria Cecilia de Souza. 2014.** O papel da religião na promoção da saúde violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, 2014, Vol. 19, 6.

**Silva, João Bernardino e Silva, Lorena Bandeira. 2014.** Relação entre Religião, Espiritualidade e Sentido da Vida. *Revista da Associação Brasileira de logoterapia e Análise*, 2014, Vol. 3, 2.

**Souza, Marcela Tavares, Silva, Michelly Dias e Carvalho, Rachel. 2010.** Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 2010, Vol. 8, 1.

**Tavares, Marilei de Melo, et al. 2018.** Spirituality and religiosity in the daily routine of hospital nursing. *J Nurs UFPE*, 2018, Vol. 12, 4.

**Vasconcelos, Eymard Mourão. 2015.** *Espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo : Hucitec Editora, 2015. 9788584040667.

**Willemse, Suzan, et al. 2020.** Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of Critical Care* , 2020, Vol. 57, 55–78.

**Williams, Joshua A, et al. 2011.** Attention to patients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med*, 2011, Vol. 26(11), 1265-71.

**Yingting, Zhang, et al. 2018.** Spiritual perspectives of emergency medicine doctors and nurses in caring for end-of-life patients: A mixed-method study. *International Emergency Nursing*, 2018, Vol. 37.