



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**Relatório Final de Estágio**

Pré-habilitação de doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva

Ana Rosete de Oliveira

**Coimbra, maio de 2025**



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**Relatório Final de Estágio**

Pré-habilitação de doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva: uma revisão  
scoping

Ana Rosete de Oliveira

Orientador: Sr. Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira, Professor Adjunto  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Sra. Professora Doutora Amélia Filomena Castilho, Professora  
Coordenadora Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, apresentado à Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

**Coimbra, maio de 2025**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao realizar este ensino clínico fui crescendo com a ajuda de todos aqueles com quem tive o privilégio de trabalhar e aos quais agradeço pelo que partilharam de si para o meu crescimento e construção profissional.

Agradeço ao Sr. Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira, regente desta Unidade Curricular, pela disponibilidade e orientação constantes, fundamentais para a realização deste percurso.

Agradeço à Sra. Professora Doutora Amélia Filomena Castilho, coordenadora do Mestrado, pela motivação e por me orientar nos momentos em que parecia que o caminho não me levaria a bom porto.

Agradeço à minha Enfermeira Tutora Liliana Gonçalves, pela orientação e disponibilidade em todo o ensino clínico, certa que a terei como amiga para a vida.

Agradeço à minha Enfermeira Tutora Ana Rita Loureiro, pela orientação e amizade, com a certeza que iremos trabalhar juntas para um objetivo comum.

Um especial agradecimento à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Conceição Mineiro, a minha Enfermeira Gestora, que sempre me apoiou incondicionalmente neste percurso, certa que sem a sua ajuda teria sido muito difícil chegar ao fim deste percurso.

Agradeço às minhas irmãs de coração Diana Zananar e Mónica Vilão, com quem fui partilhando alegrias e tristezas e também muitas gargalhadas, muito obrigada por existirem na minha vida.

Por fim, aos meus, à minha família, que incondicionalmente me apoiaram e não deixaram esmorecer e que me fazem querer ser melhor a cada dia e motivo de orgulho.

## RESUMO

O objetivo do presente relatório é demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Este relatório apresenta um resumo do percurso de aprendizagem, onde são descritos os contextos clínicos onde se realizaram os ensinamentos clínicos, uma reflexão crítica do desenvolvimento de competências comuns e específicas e a forma como os contextos clínicos, as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências.

As atividades e competências desenvolvidas nos diferentes contextos foram fundamentadas em modelos teóricos de enfermagem, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área dos Cuidados à Pessoa em Situação Crónica e através da leitura de artigos científicos, normas e protocolos nacionais e internacionais, legislação e análise das práticas de cuidados.

Na componente de investigação, tendo por base um problema de investigação identificado na reflexão sobre a prática clínica do contexto do estágio realizado na Consulta Eras® da ULS Coimbra, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: “Qual a evidência científica sobre a pré-habilitação de doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva?” Para responder a esta questão, foi realizada uma revisão *scoping*, apresentada na forma de artigo científico, sob o título “Pré-habilitação de doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva: uma revisão *scoping*”.

Este relatório é considerado uma demonstração da aplicação dos conhecimentos adquiridos no âmbito académico à prática, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, realizados com base em evidência científica.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pré-habilitação; Oncologia

## **ABSTRACT**

This report was conceived as part of the Master's programme in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Chronic Situations, at the Nursing School of Coimbra. The aim is to demonstrate the acquisition and development of common and specific competences for nurses specialising in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Chronic Situations.

This report summarises the learning process, describing the clinical contexts where the clinical training took place, a critical reflection on the development of common and specific competences and how the clinical contexts, the experiences and the activities carried out contributed to the development of competences.

The activities and competences developed in the different contexts were based on theoretical nursing models, the Quality Standards for Medical-Surgical Nursing Care, the common and specific competences of nurses specialising in Medical-Surgical Nursing in the Area of Care for People in Chronic Situations, and through the reading of scientific articles, national and international standards and protocols, legislation and analysis of care practices.

In the research component, based on a research problem identified in the reflection on clinical practice in the context of the internship carried out at the Eras® Consultation of the ULS Coimbra, the following research question was drawn up: 'What is the scientific evidence on the prehabilitation of oncological patients undergoing digestive surgery?' To answer this question, a scoping review was carried out, presented in the form of a scientific article, under the title 'Prehabilitation of oncological patients undergoing digestive surgery: a scoping review'.

This report is considered a demonstration of the application of the knowledge acquired in the academic sphere to practice, contributing to the continuous improvement of Medical-Surgical Nursing care, in the Area of Nursing for People in Chronic Situations, carried out on the basis of scientific evidence.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing; Prehabilitation; Oncology

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DAP - Doença Arterial Periférica

EIAS - ERAS® *interactive audit system*

EPC - Enterobacterales produtores de carbapenemases

E.P.E.- Entidades Públicas Empresariais

ERAS®- *Enhanced Recovery After Surgery*

ERPI- estruturas residenciais para pessoas idosas

HCN - Horas de cuidados necessários

HCN/DI - Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento

IPTB - Índice de Pressão Tornozelo-Braquial

JBI- Joanna Briggs Institute

OE- Ordem dos Enfermeiros

PBCI- Precauções básicas de controlo de infeção

RCAAP- Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI- Rede nacional de cuidados continuados integrados

SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SAMR - Staphylococcus aureus resistente a metilina

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG- Tempos máximos de resposta garantidos

ULS – Unidade Local de Saúde

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Horas de cuidados de enfermagem necessárias por UCCI.....	13
---	----

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I ESTÁGIOS DE NATUREZA PROFISSIONAL</b>	
<b>1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO</b>	<b>11</b>
1.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	11
1.2. UNIDADE DE CONVALESCENÇA/ SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA	11
1.3. CONSULTA ERAS ULS COIMBRA	15
<b>2. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>17</b>
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA	42
<b>CAPÍTULO II INVESTIGAÇÃO</b>	
<b>3. PRÉ-HABILITAÇÃO DE DOENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A CIRURGIA DIGESTIVA: UMA REVISÃO SCOPING</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>89</b>

## ANEXOS

ANEXO 1- Participação como preletora no Fórum Dia Europeu da Enfermagem Oncológica sob o tema “A consulta de enfermagem no doente oncológico colorretal- Programa Eras®”;

ANEXO 2- Certificado de participação na 17ª Reunião Nacional da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa;

ANEXO 3- Certificado de participação da IV Conferência de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia Coimbra | Lisboa | Porto;

ANEXO 4- Certificado de participação no Simpósio 25 anos a criar valor em Estomaterapia;

ANEXO 5 - Certificado de participação no Simpósio “Ileostomias de Alto Débito”;

ANEXO 6 - Certificado de participação I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025 – “Intervir e Valorizar;”

ANEXO 7 - Certificado de formação de Auditoria à Qualidade dos Cuidados de Saúde;

ANEXO 8 - Certificado de formação “Cuidados Centrados na Pessoa: Comunicação”;

ANEXO 9 - Certificado de participação com poster no I Congresso Internacional NEEMC da ULSBM;

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 - Projeto de Desenvolvimento de Competências na Componente Clínica;

APÊNDICE 2- Projeto de Desenvolvimento de Competências na Unidade Curricular: Estágio com Relatório Final;

APÊNDICE 3 - Projeto padrão documental dos cuidados de enfermagem: consulta Eras®;

APÊNDICE 4 - Apresentação do projeto “padrão documental dos cuidados de enfermagem: consulta Eras®”;

APÊNDICE 5 - TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Convalescença;

APÊNDICE 6 - Cultura de Segurança dos Medicamentos;

APÊNDICE 7 - Formação TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Convalescença;

APÊNDICE 8 - Apresentação “Estratégias de enfermagem para prevenir o erro de medicação”;

APÊNDICE 9 - Estudo de Caso: Cuidados especializados de enfermagem ao doente em Unidade de Convalescença;

APÊNDICE 10 – Participação com poster no I Congresso Internacional NEEMC da ULSBM;

## **INTRODUÇÃO**

O relatório final revela-se essencial para a avaliação dos processos de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez concluído o ciclo de estudos que conduzem à atribuição do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica.

A doença crónica tem impacto na morbimortalidade das populações e é responsável por cerca de 60% das mortes em todo o mundo. Tendo em consideração a evidência mais recente, a prevalência de doenças crónicas do foro cérebro-cardiovascular, oncológico, metabólico e respiratório predomina na população portuguesa (Lee et al., 2018; M. R. Sousa et al., 2021).

Além disso, uma população envelhecida, com doenças crónicas e múltiplas comorbilidades, em paralelo com a evolução tecnológica e alterações organizacionais que visam promover um maior acesso aos cuidados de saúde, exigem uma redefinição da política de gestão de recursos humanos para responder a estes novos desafios (Amorim et al., 2018).

Para responder aos desafios futuros torna-se urgente o investimento em capital humano, através da especialização dos prestadores, potenciando o conhecimento, a produtividade e melhores cuidados de saúde prestados. Desta forma, a especialização em Enfermagem, uma tendência internacional, tem definido o papel do enfermeiro com funções avançadas ou especializadas em diversos países, dotando-o de competências específicas (científicas e técnicas), desempenhando atividades do seu âmbito de competência com maior nível de complexidade, que extravasam o domínio dos cuidados gerais (Amorim et al., 2018).

Neste sentido, os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos, que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma. Desta forma, compete ao enfermeiro especialista mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

A realização deste relatório tem como objetivos demonstrar o processo de desenvolvimento e aquisição de competências enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área dos Cuidados à Pessoa em Situação Crónica, descrever de forma crítica as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências e desenvolver investigação relacionada com a prática clínica do contexto de estágio com relatório final.

O processo de aprendizagem foi realizado através do aprofundamento de conhecimentos, da ação, da problematização com os pares, Enfermeiras Tutoras e Professores Orientadores resultando num processo de aprendizagem crítica e construtiva, de forma a promover o desenvolvimento pessoal e profissional, de competências crítico-reflexivas, de tomada de decisão e de resolução de problemas complexos.

O presente documento está estruturado em dois capítulos. No primeiro é realizada uma contextualização dos ensinamentos clínicos e análise reflexiva das aprendizagens, dividindo-se em competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas. No segundo capítulo será apresentada a componente de investigação desenvolvida. A partir de uma problemática que emergiu da prática clínica no contexto de estágio foi elaborada uma questão de pesquisa: “Qual a evidência científica sobre a pré-habilitação de doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva?”.

Para responder a esta questão, optou-se por uma investigação secundária. Desta forma foi realizada uma revisão *scoping*, segundo o método proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). Foram definidos os seguintes objetivos: mapear as intervenções incluídas nos programas de pré-habilitação em cirurgia digestiva oncológica e identificar os benefícios da implementação desses programas nos doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva.

Foi elaborada uma revisão *scoping*, apresentada na forma de artigo científico, sob o título “Pré-habilitação de doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva: uma revisão *scoping*”.

Na conclusão será realizada uma síntese das competências desenvolvidas e de investigação, as implicações para a prática e recomendações futuras.

Foram utilizadas metodologias que conduziram à análise e reflexão, através da leitura de artigos científicos recorrendo às bases de dados PubMed e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), ao repositório científico, normas e protocolos nacionais e internacionais, legislação e à análise das práticas de cuidados e de situações problema.

Para a concretização do presente documento teve-se em consideração as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024).

## **1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO**

A contextualização e caracterização dos contextos de ensino clínico possibilitam uma fácil interpretação e compreensão das realidades clínicas encontradas. Esta contextualização permite demonstrar as oportunidades de aprendizagem ao longo deste percurso e o desenvolvimento de atividades e competências clínicas inerentes aos objetivos pré-definidos.

No início de cada ensino clínico, foi elaborado o respetivo projeto de desenvolvimento de competências, quer para a componente clínica (apêndice 1), quer para a unidade curricular Estágio com Relatório Final (apêndice 2), onde foram definidos os objetivos e as atividades a desenvolver para a sua concretização, tendo em consideração o contexto onde se realizou o ensino clínico e as possibilidades oferecidas.

### **1.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE**

As Unidades Locais de Saúde (ULS) permitem reunir todos os níveis de cuidados, funcionando em articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, incrementando assim a proximidade e integração de respostas.

As ULS têm como objetivo responder às necessidades dos cidadãos, privilegiando a proximidade, a otimização de recursos, a continuidade e a integração de cuidados, nos vários domínios que vão desde a prevenção, ao tratamento e prestação de cuidados e à recuperação e reabilitação.

### **1.2. UNIDADE DE CONVALESCENÇA/ SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

A Componente Clínica em Pessoa em Situação Crónica foi realizada num hospital da região centro. A instituição encontrava-se num processo de transição e transformação, devido à integração numa ULS da região.

Esta unidade hospitalar tem como visão ser reconhecida como hospital de proximidade e como unidade de cuidados continuados que garantam serviços pautados pela qualidade clínica, pela satisfação dos utentes e pela sustentabilidade social e financeira, afirmando-se como uma micro-organização de saúde do século XXI. Além disso, tem implementado um projeto galardoado designado “Hospital Amigo dos + Velhos”.

A realização da componente clínica deveria ocorrer na Unidade de Convalescença. No entanto, uma vez que a equipa multidisciplinar é comum a dois serviços, a maioria do ensino clínico decorreu no Serviço de Medicina. A equipa de enfermagem encontra-se dividida em 2 grupos, o primeiro grupo presta cuidados ao piso da Unidade de Convalescença no rés do

chão (com 16 camas) e o segundo grupo (onde se incluía a minha Enfermeira Tutora) presta cuidados na Unidade de Convalescência do 1º andar (com 14 camas) e ao serviço de Medicina (com 7 camas).

Habitualmente a minha Enfermeira tutora exercia funções no serviço de Medicina, onde o grau de dependência dos doentes internados era mais elevado, na sua maioria idosos com mais de 80 anos e com menor potencial de capacitação. Além disso, na sua maioria, estavam a aguardar vagas cativas em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) e um dos doentes em Unidade de Longa Duração e de Manutenção.

Apesar deste contexto não ser o previsto, uma vez que o ensino clínico deveria ter ocorrido na Unidade de Convalescência, procurei demonstrar uma atitude analítica e reflexiva sobre a prestação de cuidados à pessoa com doença crónica, procurando maximizar as oportunidades de desenvolvimento das minhas competências. O facto de a minha Enfermeira Tutora ser responsável pela Consulta de Feridas Complexas, criou a oportunidade de a acompanhar na realização destas consultas, permitindo colocar em prática e desenvolver competências específicas nesta área, mobilizando os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Feridas e Viabilidade Tecidual. Na Unidade de Convalescência, tive a oportunidade de acompanhar a Enfermeira com funções de Gestão, o que me permitiu desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista.

Considero que deve existir flexibilidade e procura de oportunidades quando o contexto à partida se mostra adverso. Assim, apesar de no início do estágio considerar que o contexto de medicina, com doentes muito idosos e com pouco potencial de recuperação e integração familiar, constituía um obstáculo ao meu desenvolvimento, a oportunidade de passar alguns turnos na Unidade de Convalescência e na Consulta de Feridas Complexas permitiu-me desenvolver o projeto a que me tinha proposto, que de forma global foi cumprido.

A Unidade de Convalescência tem uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social, psicóloga e fisioterapeutas. Semanalmente realiza-se uma reunião multidisciplinar para os doentes da Unidade de Convalescência, onde se discutem todos os casos clínicos e a sua evolução clínica. Além disso, realizam reuniões familiares onde se contextualiza a família sobre a evolução da situação clínica da pessoa internada e se planeia a alta clínica.

No que diz respeito à equipa de Enfermagem, esta é composta por 24 elementos. Destes 24 elementos, 1 encontra-se em funções de gestão e 23 na prestação direta de cuidados. O período de trabalho da equipa de enfermagem é organizado em 3 turnos: turno da manhã, turno da tarde e turno da noite. No turno da manhã está presente a enfermeira com funções

de gestão e um enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação (apenas durante os dias úteis).

Em relação à organização dos elementos da equipa de enfermagem, existe um enfermeiro designado como responsável de turno, nos turnos em que a enfermeira em funções de gestão não está presente. O método de trabalho adotado, é o método de enfermeiro responsável.

Este método, internacionalmente conhecido como *primary nursing*, consiste na prestação de cuidados à pessoa internada através de uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão em relação à assistência de enfermagem. Assim, o enfermeiro é responsável por decidir como o cuidado deverá ser prestado diariamente, sendo sempre responsável pela coordenação das decisões clínicas, assim como pela supervisão da assistência prestada durante o internamento hospitalar (Ventura-Silva et al., 2021).

Em relação às dotações da equipa de enfermagem, no turno da manhã no piso 0 ficam 2 enfermeiros, no 1º piso 2 enfermeiros e na medicina 1 enfermeiro. No turno da tarde, no piso 0 ficam 2 enfermeiros, no 1º piso 1 enfermeiro e na medicina 1 enfermeiro. No turno da noite apenas fica um enfermeiro no piso 0 e 1 enfermeiro no 1º piso para a Unidade de Convalescença e serviço de Medicina.

A análise para determinar as horas de cuidados necessários (HCN) para dotações de enfermeiros nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) decorre da adaptação dos focos de atenção às atividades descritas no âmbito do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E). Contudo, considero que a utilização do nível de dependência de cuidados que apenas tem em consideração a dependência física é redutora. Para os utilizadores das UCCI são relevantes outras necessidades, as quais carecem de identificação/caracterização e que implicam outro tipo de respostas profissionais (adaptação ao novo estado de saúde, adesão ao regime, capacitação da pessoa e do prestador de cuidados entre outros) (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

## Tabela 1

### *Horas de cuidados de enfermagem necessárias por UCCI*

Unidade de Cuidados Continuados Integrados	HCN/DI
Convalescença	5,23
Média Duração e de Reabilitação	4
Longa Duração e de Manutenção	5
Paliativos	5,95

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2014

No contexto das Unidades de Cuidados Continuados existe a recomendação que nenhuma unidade possa em momento algum do seu horário de funcionamento ser assegurada apenas por 1 enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na teoria efetivamente não acontece, porém na prática, a estrutura física da Unidade de Convalescença por dois andares implica que no turno da noite apenas fique um enfermeiro sozinho por piso. Além disso, analisando o número de horas disponíveis relativamente ao número de horas de cuidados de enfermagem necessárias recomendado, foi possível verificar que existia a necessidade real de reforçar a equipa de enfermagem.

Promover a segurança do doente e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados de enfermagem são atualmente dois dos objetivos e desafios mais importantes para os vários sistemas de saúde (Ventura-Silva et al., 2021).

Considero que a promoção da segurança do doente deve ser uma preocupação no processo de cuidados uma vez que a dimensão dos riscos varia em função do contexto da prestação de cuidados de saúde e da sua disponibilidade.

A dotação adequada de enfermeiros, o seu nível de qualificação e perfil de competências, são aspetos essenciais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Apesar da dotação insuficiente e do método trabalho implementado, como verifiquei ao longo do ensino clínico, observa-se a constante cooperação e entreatajuda entre todos os elementos da equipa de enfermagem presente em cada turno, contribuindo para a promoção da qualidade e segurança.

### 1.3. CONSULTA ERAS

A Unidade Curricular Estágio com Relatório Final foi realizada na Consulta ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery) Colorretal e Hepática de um Centro Hospitalar que integra uma ULS da região centro. Este contexto de ensino clínico veio de encontro ao meu próprio percurso profissional, na área do doente cirúrgico oncológico e à consulta Eras® colorretal, mas também da necessidade pessoal de aprofundar conhecimentos nesta área.

Esse Centro Hospitalar tem como missão prestar cuidados de saúde integrados, de elevada qualidade e centrados nas pessoas, para melhorar a saúde e bem-estar da comunidade. Como unidade hospitalar de referência nacional e internacional, garante ainda cuidados a dois

milhões de habitantes da região centro e, em muitas áreas, é a unidade de referência para todo o país. O elevado nível de diferenciação e a ampla carteira de serviços posicionam a unidade como uma referência nacional e europeia para várias especialidades.

O ambiente integrado da ULS é ideal para desenvolver e implementar soluções inovadoras de saúde e a forte ligação da ULS ao ensino universitário tem impulsionado o desenvolvimento de diferentes iniciativas na área da investigação e inovação, mantendo-a na vanguarda dos avanços médicos, científicos e tecnológicos.

A consulta ERAS® colorretal e hepática acompanha no percurso perioperatório os doentes da unidade de cirurgia colorretal e hepática. O ERAS® (*Enhanced Recovery After Surgery* – recuperação otimizada pós-operatória) é um programa inovador de preparação para a cirurgia.

A Sociedade ERAS® tem as suas raízes no chamado Grupo de Estudo ERAS® em 2001, que verificou que existia uma variedade de práticas em diferentes unidades hospitalares e uma grande disparidade entre as práticas reais e o que já era conhecido como a melhor prática, com base na literatura, conduzindo o grupo a estudar o processo de mudança da tradição para as melhores práticas. A missão da Sociedade é desenvolver cuidados perioperatórios e melhorar a recuperação por meio de pesquisa, educação, auditoria e implementação de práticas baseadas em evidências.

Desta forma, o ERAS® apresenta como pilares os cuidados perioperatórios baseados em evidências, uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, o trabalho em equipa, promove auditoria contínua e preconiza a mudança baseada em dados. Abrange todo o percurso do doente, desde a primeira reunião com o cirurgião até à consulta de follow-up um mês após a cirurgia.

Além disso, com o desenvolvimento de novas técnicas e práticas no bloco operatório, as necessidades do doente pós-operatório mudaram, o que teve impacto na prática de Enfermagem. Simultaneamente, a Enfermagem enquanto ciência está a evoluir e a complementar as ciências médicas mais clássicas da cirurgia e da anestesia. Os enfermeiros assumem novos papéis e missões e fazem avançar muitos dos elementos nos cuidados aos doentes (Ljungqvist et al., 2020).

No Centro Hospitalar o Programa Eras® surgiu em 2018, com a formação da equipa de implementação. Em 2019 foi implementado o programa Eras® para doentes submetidos a cirurgia colorretal. Nos anos de 2021 e 2022 foram formadas as equipas para implementação dos protocolos Eras® para cirurgia hepática e cirurgia bariátrica, tendo sido implementados em 2023. Atualmente estão em fase de formação e implementação as equipas de cirurgia pancreática, cirurgia torácica, ginecológica (cirurgia oncológica e cesarianas eletivas) e em

fase de formação a equipa de transplantação hepática. O objetivo é transformar a unidade hospitalar num Hospital Eras®.

O ensino clínico decorreu na consulta Eras® de cirurgia colorretal e hepática. A Equipa de Enfermagem Eras® de cirurgia colorretal e hepática é constituída por enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem de reabilitação, sob a direção de um enfermeiro Gestor.

Após uma proposta cirúrgica o doente realiza uma consulta multidisciplinar de pré-habilitação, habitualmente 4 semanas antes da cirurgia, onde se efetua uma consulta de enfermagem, realizada por enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, consulta de anestesiologia, consulta de fisioterapia, consulta de enfermagem de reabilitação, consulta de nutrição e serviço social. Além destas consultas poderão ser encaminhados para outras consultas consoante a avaliação dos diferentes profissionais, por forma a otimizar possíveis morbilidades apresentadas pelo doente.

Compete ao Enfermeiro Eras® especialista em enfermagem médico-cirúrgica a realização da consulta pré-operatória, o acompanhamento do percurso do doente no período perioperatório e a realização das teleconsultas de *follow-up* às 48h após a alta e aos 30 dias após a cirurgia.

Foi possível verificar, ao longo do ensino clínico, que o recurso a estes profissionais de saúde altamente qualificados na realização destas intervenções clinicamente diferenciadoras, permite aumentar a adesão dos doentes às melhores práticas no circuito perioperatório. Além disso, de forma a não comprometer a segurança do doente, a equipa de enfermagem garante o acompanhamento dos doentes após a alta, o que permite a identificação precoce de sinais de deterioração ou descompensação do estado de saúde após a alta hospitalar. O seguimento pós alta hospitalar contribui para evitar readmissões aos 30 dias, garantindo a segurança do doente após a alta.

Além da teleconsulta, gerem a resposta da aplicação UPHILL utilizada pelos doentes submetidos a cirurgia colorretal, que calcula o risco de ocorrência de eventos adversos, automatiza o contato ao 7º e 14º dia pós alta e recolhe dados de *follow-up*, tendo em consideração o risco individual do doente. A aplicação gera um alerta se for comunicado algum sinal de descompensação do estado de saúde.

São igualmente responsáveis pelo processo de auditoria clínica na plataforma EIAS e pelo *feedback* transmitido às equipas multidisciplinares, pela assessoria e formação nos projetos em curso e novos projetos assim como integrar grupos de investigação.

## **2. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O relatório final encontra-se inserido no processo formativo do I Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da pessoa em Situação Crónica. Neste percurso formativo pressupõe-se que o enfermeiro consiga atingir um conjunto de aptidões e competências que lhe permitam concluir o mesmo com sucesso.

Atualmente, a especialização em Enfermagem é uma tendência internacional, tendo-se definido o papel do enfermeiro com funções avançadas ou especializadas em diversos países e dotando-o de competências específicas (científicas e técnicas), capaz de desempenhar atividades do seu âmbito de competência mais complexas, que ultrapassam o domínio dos cuidados gerais o que se traduz em ganhos em saúde (melhoria dos indicadores de saúde), ganhos para as instituições (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência) e ganhos para os profissionais (melhoria dos índices de satisfação e de retenção) (Amorim et al., 2018).

Considero que, no decorrer dos ensinamentos clínicos foi fundamental o recurso a um referencial teórico, que orientou a minha ação enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica.

Nesta perspetiva, a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem assim como a Teoria das Transições de Afaf Meleis permitiram a adoção de quadros conceptuais que nortearam a minha prática de cuidados enquanto futura enfermeira especialista.

Orem, é uma referência importante para o desenvolvimento do conceito de Autocuidado, que definiu como uma prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam no sentido da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado desenvolvida pela autora, o défice de autocuidado existe quando a capacidade de ação do indivíduo não é suficiente para dar resposta às suas necessidades e exige a ajuda de outra pessoa. É neste pressuposto que justifica o papel social da enfermagem determinando a necessidade da intervenção de enfermagem (Martins & Brito, 2021).

Desta forma, como atividade diagnóstica, os enfermeiros devem avaliar o compromisso e/ou as capacidades da pessoa para promover com eficácia as ações de autocuidado sempre que se deparam com um novo cliente ou na necessidade de monitorizar a evolução.

Quando existe alteração na autonomia, as terapêuticas de enfermagem têm como principais objetivos a substituição na satisfação das necessidades de autocuidado ou a gestão individual de sinais e sintomas consoante a fase em que a pessoa com dependência se encontra. Deverão ser implementadas ações de substituição na realização das atividades quotidianas para a satisfação das necessidades de autocuidado quando a pessoa não está capaz de o fazer, com o objetivo de assegurar a manutenção ou atingir do máximo potencial de autonomia com ações do tipo informar, como ensinar sobre sinais e sintomas e sobre a doença. Isso

permitirá que a pessoa possa fazer uma gestão mais eficaz da doença e com isso realizar as atividades de autocuidado, mas também uma melhor aceitação da ajuda de outras pessoas quando não consegue realizar essas atividades de forma autónoma (Araújo et al., 2021).

Em ambos os ensinamentos clínicos integrei na minha prática de cuidados a Teoria do Déficit do Autocuidado, uma vez que na Unidade de Convalescença/ Medicina frequentemente a capacidade da pessoa para promover com eficácia ações de autocuidado estava comprometida, sendo necessárias intervenções de enfermagem para compensar a incapacidade e na Consulta Eras®, frequentemente, as intervenções visavam ajudar a pessoa na tomada de decisão, fornecer informação e fomentar a aprendizagem.

Também a Teoria das Transições foi bastante importante neste percurso pois, em ambos os contextos, existia uma mudança no estado de saúde que implicava uma transição.

Afai Meleis definiu transições como uma passagem de um estado bastante estável a outro bastante estável, sendo um processo desencadeado por alguma mudança. Essas transições podem ser de desenvolvimento, situacionais, saúde-doença ou organizacionais (McEwen & Wills, 2016).

Segundo Meleis (2010) as transições não são exclusivas, podendo ocorrer em simultâneo num determinado momento. As transições no processo de saúde/doença são as mais facilmente percebidas, compreendendo as mudanças entre a pessoa passar do papel de saudável para o de doente agudo ou crónico englobando todas as etapas associadas, desde o diagnóstico ao tratamento e respetiva recuperação/ reabilitação e posterior manutenção de saúde, assim como a passagem do papel de doente para um novo estado de bem-estar.

Frequentemente a natureza da transição do tipo saúde/doença ocorre em situações de diagnóstico de doenças crónicas, processos de recuperação e alta hospitalar, por exemplo (McEwen & Wills, 2016).

Durante os ensinamentos clínicos pude constatar que os enfermeiros desempenham um papel facilitador nas transições uma vez que são os profissionais de saúde que contactam com maior frequência com os indivíduos e as suas famílias em processos de transição, capacitando o indivíduo de conhecimentos, desenvolvendo habilidades e comportamentos e procurando o máximo de bem-estar.

Uma transição eficaz é aquela que o indivíduo se sente bem consigo próprio, na relação com os outros, demonstra ser capaz de gerir os sinais e sintomas, o regime terapêutico assim como as atividades de vida e do trabalho de forma eficaz, sendo estes três pontos considerados os indicadores de transição saudável. A terapêutica de enfermagem implica atividades e ações como aquisição de dados das condições de transição, preparação para a

transição (frequentemente educação para preparação para a transição) e suplementação de papel (uso de educação e prática para facilitar o processo) (McEwen & Wills, 2016).

As transições do tipo saúde/doença foram as mais observadas durante os ensinamentos clínicos. Na Unidade de Convalescença a maioria dos doentes tinham estabilizado da fase aguda da doença, mas ainda se encontravam num processo de recuperação, o que exigia uma fase de transição, com um processo de aprendizagem com recurso a estratégias adaptativas e, na maioria das vezes, uma mudança significativa do modo de vida.

Na consulta Eras® a perspetiva de uma cirurgia, na maioria das vezes associada a um diagnóstico de doença crónica como doença oncológica ou doença intestinal inflamatória implicava uma transição do tipo saúde/doença, com a necessidade de uma preparação prévia do doente com atividades de educação para preparação para a transição capacitando-os para a gestão de sinais e sintomas, do regime terapêutico assim como para as atividades de vida.

O enfermeiro deve identificar, clarificar e procurar compreender o processo de transição de um cliente e família e desenvolver intervenções de enfermagem que promovam uma resposta saudável à transição (Nascimento & Varandas, 2020).

Durante este percurso nos ensinamentos clínicos, para a aquisição de competências tornou-se igualmente importante as orientações normativas da Ordem dos Enfermeiros, que estiveram sempre presentes na elaboração dos projetos de ensino clínico e nas atividades desenvolvidas ao longo do tempo.

No exercício profissional torna-se essencial ter por referência os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, tendo sempre presentes os seus enunciados descritivos relativos à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e o autocuidado, à readaptação funcional, à organização dos cuidados de enfermagem, prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e à segurança nos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2017) .

Também dois referenciais foram essenciais neste percurso formativo, o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade. Assim, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados

de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019b).

Compete à Ordem do Enfermeiros definir as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, assim como as competências específicas a cada área de especialização. Desta forma define como Competências comuns as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Já as Competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 2019b).

O Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista orientou a minha prática no sentido de desenvolver as minhas competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica define os cuidados de enfermagem especializados como cuidados contínuos oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliário e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinindo um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e a qualidade de vida da mesma (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

Este capítulo narra o percurso para a aquisição de competências nos ensinamentos clínicos no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Desta forma será uma reflexão sobre as competências adquiridas durante os ensinamentos clínicos, onde se descreve os contextos dos estágios e se analisa, reflete e fundamenta a aquisição de competências e os seus contributos para o desenvolvimento de uma prática especializada.

Nesta reflexão será abordada a caracterização dos cuidados prestados, o grau de cumprimento dos objetivos definidos e será dividida em competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica.

## 2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No início de cada ensino clínico, foi solicitada a elaboração de um projeto de desenvolvimento de competências (apêndice 1 e apêndice 2). Para desenvolver os projetos houve recurso às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crónica de modo a definir as atividades a desenvolver.

Neste ponto será realizada a análise crítica das atividades desenvolvidas de acordo com os domínios das competências comuns definidos pela OE (Ordem dos Enfermeiros): Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Estas competências foram abordadas de forma separada, permitindo caracterizar as atividades planeadas e o grau de cumprimento dos objetivos definidos.

**O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal reúne duas competências:**

**a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;**

**b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais** (Regulamento n.º 140/2019, 2019b).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, por diversas vezes, foi necessário recorrer às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Todas as minhas intervenções e ações assentaram nos conceitos básicos de bem-estar da pessoa doente, respeito e dignidade, exigindo uma postura humanizadora regendo-se pelo Código Deontológico dos Enfermeiros e pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

No entanto, duas situações em particular conduziram a uma reflexão pessoal mais profunda e fundamentada, que serão descritas seguidamente.

Os enfermeiros diariamente são confrontados com a necessidade de tomar decisões éticas. Para construir a decisão ética, o enfermeiro deve avaliar o problema ético em toda a sua complexidade e incluir o doente na construção da sua decisão. Os problemas éticos de enfermagem são constituídos pela existência de incerteza quanto à decisão para agir, que surge quando está em causa a dignidade do doente, os seus direitos e a sua vontade. Estas situações podem gerar dúvidas ou conflitos na escolha das intervenções de enfermagem (Nora et al., 2016).

No contexto do ensino clínico da Componente Clínica em Pessoa em Situação Crónica, realizado na Unidade de Convalescença, deparei-me algumas vezes com um dilema ético em

específico quando tive a oportunidade de participar na tomada de decisão, com a equipa multidisciplinar, com a pessoa doente e sua família.

Durante o ensino clínico, tive a consciência que todas as pessoas que cuidei, quer no serviço de Medicina, quer na Unidade de Convalescença eram pessoas idosas, muitas vezes com idades superiores aos 80 anos.

Após a análise reflexiva do ensino clínico a questão ética que emergiu foi:

- Será que a autonomia da pessoa e a sua autodeterminação foram respeitadas?

Inúmeras vezes, a pessoa sujeita a cuidados e submetida a um longo período de internamento, verbalizava vontade de ir para casa e ser cuidado pela família. Além disso, deve ser tido em conta que este era um segundo internamento, após um internamento em ambiente hospitalar.

No entanto entravam em conflito várias variáveis como a necessidade de cuidados, a ausência/incapacidade de autocuidado, a ausência de um cuidador informal ou a necessidade de manter cuidados em unidades de cuidados continuados de media ou longa duração face à situação clínica.

Habitualmente, ocorre uma reunião familiar no início do internamento, a meio do internamento e no fim do internamento, com o objetivo de definir estratégias para o plano individual de cuidados, avaliar os objetivos alcançados e a alta ou a necessidade de manter os cuidados. Nessa reunião estão presentes a família ou cuidadores de referência, o médico assistente, a assistente social, a enfermeira com funções de gestão e a psicóloga, mas nem sempre está presente o próprio doente.

Sendo esta reunião sobre a situação clínica do doente, importa refletir sobre esta prática. Procurei sempre que participei nestas reuniões que a pessoa estivesse presente para poder exercer a sua autonomia e autodeterminação.

As pessoas idosas constituem um dos grupos mais vulneráveis porque, devido à sua longevidade, vão experienciando progressiva debilitação e as suas vulnerabilidades podem ser agravadas, face à deterioração do estado de saúde, mas também pela forma como a sociedade e as pessoas interagem com elas. Naturalmente, destes fundamentos decorrem exigências deontológicas e de responsabilidade social, na proteção das pessoas e na ação em prol dos seus direitos (Nunes et al., 2021).

A Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, prevê o direito de todas as pessoas à promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspetiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência, sendo determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde (Lei n.º 95/2019, 2019).

Num estudo realizado entre 2001 e 2004, Lucília Nunes identificou um conjunto de problemas éticos que se referem a decisões sobre intervenções de enfermagem ou sobre outros aspetos inerentes à prática profissional que agrupou em 12 categorias: informação, acompanhamento de fim de vida, decisão do destinatário dos cuidados, respeito pela pessoa, sigilo profissional, responsabilidade profissional nas atividades interdependentes, responsabilidade institucional, distribuição de recursos, reflexão profissional, desenvolvimento das tecnologias, proteção da saúde e início de vida (Nunes, 2015).

De acordo com a autora emergem destes os problemas relacionados com a articulação com os familiares, nomeadamente quanto à transmissão da informação, os relacionados com o agir em interdependência no seio da equipa de saúde, assim como os problemas inerentes ao papel das organizações de saúde no atendimento em saúde.

No contexto vivenciado no ensino clínico o problema ético que emergiu algumas vezes foi a decisão do destinatário de cuidados, que integra duas subcategorias: respeito pela decisão expressa e decisão do outro.

A ampliação da relação de cuidado para além da pessoa causa, frequentemente, um conflito quanto ao plano terapêutico, decorrente das diferentes perspetivas quanto ao cuidado planeado, ficando em desacordo o respeito pela decisão da família ou do representante legal e o sentido de proteção da pessoa.

Em alguns casos foi respeitada a decisão da família e não da pessoa. Dessa forma, para mim foi importante refletir sobre o processo de tomada de decisão e de exercício de autonomia da pessoa.

O processo de estudo e de decisão sobre os diversos temas da bioética baseia-se na utilização de quatro princípios básicos: beneficência, não-maleficência (*primum non nocere*), autonomia e justiça. Tendo em conta a problemática em questão, é fundamental analisar o princípio da autonomia, que se refere ao poder individual de determinação e tomada de decisão, com base no sistema de valores e interesses e está estritamente ligado à capacidade de decisão com base nos direitos fundamentais do Homem e às condições de ordem jurídica em vigor (Lucas et al., 2021).

Quando as pessoas não têm competência para agir de forma autónoma, o princípio da autonomia não se aplica. A falta de capacidade de decisão de um doente com base em perturbações físicas ou mentais têm as mesmas consequências práticas que uma deliberação jurídica de incompetência, apesar de ser distinto a incapacidade de tomar decisões em matéria de cuidados de saúde (avaliada por profissionais de saúde) e incompetência (determinada por tribunal) (Varkey, 2021).

O exercício da autonomia da pessoa e o respeito pelas suas decisões implica que esta se encontre no pleno das suas funções de consciência e capacidade de tomada de decisão (Nora et al., 2016).

Por vezes, nem sempre a pessoa se encontrava no pleno uso das suas capacidades de tomada de decisão, o que colocava em causa o exercício de autonomia.

Segundo a Lei nº31/2018, no artigo 10º alínea 1, caso as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida nisso consintam, podem ser assistidas pelos seus familiares ou cuidadores na tomada de decisão sobre o seu processo terapêutico (Lei n.º 31/2018, 2018).

Salvaguarda-se, no entanto, que a pessoa idosa, que não esteja afetada na liberdade do exercício dos seus direitos, tem o direito de decidir sobre o seu projeto de saúde e sobre os cuidados de saúde que se afigurem adequados para a sua situação, inexistindo base legal que permita legitimar a sua substituição, designadamente, pelos respetivos familiares (Nunes et al., 2021).

Algumas situações vivenciadas conduziram à reflexão crítica sobre esta temática porque apesar de a pessoa alvo de cuidados ter o pleno uso das suas capacidades, os seus desejos e capacidade de tomada de decisão não lhe permitiram escolher de forma autónoma o seu plano individual de cuidados, por ser incapaz de se auto-cuidar e não ter um familiar ou cuidador informal que pudesse ou quisesse assumir esse papel.

Nessas situações, de acordo com a Estratégia de Proteção ao Idoso, a pessoa idosa tem direito a tomar todas as decisões relevantes sobre a sua vida com autonomia e liberdade e prevê ser incluído o direito da pessoa idosa a decidir sobre os cuidados de saúde de que beneficia, e o direito a receberem o apoio de que necessitem para o exercício dos direitos de que são titulares, o que inclui o direito de escolherem a pessoa por quem pretendem ser auxiliados (Nunes et al., 2021).

A pessoa alvo de cuidados deve ser envolvida no processo de tomada de decisão. Deve ser escutada e deve estar presente em todas as decisões sobre o seu plano individual de cuidados.

O conhecimento do “projeto de saúde” da pessoa idosa e a harmonização de estratégias para a sua concretização, permite alianças terapêuticas, a clarificação de papéis dos intervenientes nos cuidados (pessoa, profissionais, familiares, cuidadores informais), no respeito pela vontade e capacidade da pessoa (Nunes et al., 2021).

Compete ao enfermeiro especialista demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas e para isso deve orientar a tomada de decisão na observância da deontologia profissional, integrar elementos de enquadramento jurídico no julgamento de

enfermagem e promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido. Além disso, o enfermeiro especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes, assegurando o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019b).

Além disso, a construção da decisão ética em enfermagem deve envolver a participação dos membros da equipa, permitindo que outros profissionais, além do responsável pela decisão, sejam convidados a enriquecer com os seus conhecimentos e experiências a construção do melhor curso de ação para a resolução do problema ético. O diálogo em equipa é uma boa opção para a resolução de problemas éticos pois permite incentivar a participação e responsabilidade dos enfermeiros na gestão da tomada de decisão conjunta, atuando como fator de proteção e evitando e minimizando as situações de conflitos éticos (Nora et al., 2016).

Nesta perspetiva, em situações que suscitem dúvidas de carácter ético e deontológico, é aconselhável o recurso a comissões de ética que possam, de forma isenta, analisar a situação, fazer parte do processo de tomada de decisão e formular o seu parecer. Em situações de elevada complexidade a análise jurídica da situação poderá também estar indicada. Importa referir que o exercício de autonomia da pessoa, ou de quem a representa, tem como ponto de partida a relação entre estes últimos e os profissionais de saúde, que baseiam as suas decisões em princípios éticos e deontológicos rumo ao bem de quem é cuidado (Lucas et al., 2021).

No ensino clínico da unidade curricular: estágio com relatório final, o dilema que mais frequentemente observei foi o incumprimento da data recomendada para cirurgia em tempo útil, especialmente em doentes de patologia oncológica. Frequentemente, a resposta a este tipo de doentes falha por atrasos no agendamento de cirurgia.

A extensa lista de espera, a falta de resposta em tempo útil de consultas de outras especialidades para otimização dos doentes e a falta de vagas para internamento ou de tempos cirúrgicos, prejudica o tratamento destes e de outros doentes com patologia crónica.

Diariamente a equipa de enfermagem avaliava a lista de doentes aptos e não aptos propostos para cirurgia e informava a restante equipa multidisciplinar destas situações, de forma a encontrar uma resposta positiva e advogando pelo doente. Era uma temática bastante discutida dentro da equipa de enfermagem e uma preocupação da mesma.

A Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, regulamenta o Sistema Integrado de Gestão do Acesso. Este sistema de acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada, permite um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação

de cuidados de saúde no SNS (Serviço Nacional de Saúde), contribuindo para assegurar a continuidade de cuidados e uma resposta equitativa e atempada aos utentes. Os objetivos do Sistema são melhorar os tempos de resposta, mediante o cumprimento integral dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), a adequada gestão das listas de inscritos e garantir o cumprimento das normas e das regras que asseguram equidade na resposta às necessidades em saúde, considerando a prioridade clínica de cada um (Portaria n.º 147/2017, 2017).

Foi aprovada uma Portaria para os TMRG que define que, em caso de procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença oncológica, devem realizar-se entre 72 horas contadas do 1.º contacto com a instituição em situações de urgência diferida (nível 4). Em situações classificadas como muito prioritário (nível 3) deverá ocorrer nos 15 dias seguintes à indicação cirúrgica, no nível prioritário (nível 2) nos 45 dias seguintes e no nível de Prioridade normal (nível 1) nos 60 dias após indicação cirúrgica (Portaria n.º 153/2017, 2017).

A portaria define que o utente deve ser informado, no ato de marcação, sobre o TMRG para prestação dos cuidados de saúde de que necessita e que sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do SNS não seja adequada haja possibilidade de referenciação para outros estabelecimentos do SNS ou para outras entidades com acordos ou convenções para prestação do mesmo tipo de cuidados.

No entanto, este é o maior Centro Hospitalar do país, com 18 Centros de Referência Nacionais, sendo ainda referência nacional e internacional em algumas especialidades e técnicas. Frequentemente recebe os doentes de maior complexidade da região centro e por vezes do país, que não reúnem condições para ser submetidos a cirurgia noutros Centros Hospitalares.

Tendo em conta que muitas vezes a resposta não respeitava os tempos máximos de resposta garantidos levanta-se um dilema ético, uma vez que a falta de resposta atempada pode influenciar o tratamento e a sobrevida do doente.

No Artigo 104.º do direito ao cuidado do Código Deontológico é referido que o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento (Lei n.º 156/2015, 2015).

No Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, o Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes. Dentro desta competência deve analisar a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica e implementar

medidas de prevenção e identificação de práticas de risco (Regulamento n.º 140/2019, 2019a).

Em síntese, o enfermeiro especialista deve utilizar diversas estratégias para orientar a sua tomada de decisão ética. Deve orientar a sua prática de acordo com o código deontológico e de acordo com as suas competências gerais do enfermeiro especialista. Na tomada de decisão também deve existir uma discussão ética entre os membros da equipe de saúde, os momentos de discussões e reflexões funcionam como um ambiente de partilha na construção da decisão a ser tomada, garantindo uma decisão ética prudente. Deverá ser utilizado um modelo de tomada de decisão ética para facilitar a tomada de decisão. Em situações de conflito, o recurso a comissões institucionais de ética deve ser considerado, uma vez que sustentam tanto ética quanto legalmente as decisões éticas a adotar.

Concluindo e analisando o percurso realizado ao longo deste ensino clínico, considero que atingi este domínio através da reflexão das práticas observadas, participando e contribuindo na tomada de decisões fundamentadas nos princípios éticos, legais e deontológicos, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas.

**As seguintes competências constituem o domínio da melhoria contínua da qualidade: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garantir um ambiente terapêutico e seguro** (Regulamento n.º 140/2019, 2019b).

Atualmente verifica-se uma preocupação crescente com a melhoria da qualidade, pelo que surgem com frequência programas de melhoria em vários domínios de intervenção de enfermagem.

Com o intuito de adquirir competências relativamente a este domínio, delineei vários objetivos (apêndice 1 e apêndice 2) dos quais saliento:

- Colaborar nos projetos de melhoria existentes e identificar possíveis oportunidades e estratégias de melhoria (Padrão de Documentação da Consulta Eras®);
- Promover um ambiente terapêutico seguro, identificando potenciais riscos para os prestadores de cuidados e doentes;
- Colaborar, desenvolver e implementar estratégias de melhoria da segurança de doentes e elementos da equipa multidisciplinar (Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde; Segurança na medicação).

Nesta competência, foi sempre demonstrado interesse em participar e colaborar ativamente com os projetos de melhoria presentes nos diferentes contextos e procuradas oportunidades

de implementar outros. Seguidamente são descritas atividades desenvolvidas que contribuíram para a aquisição desta competência em específico.

No ensino clínico que decorreu na consulta Eras® tive a oportunidade colaborar nos projetos de melhoria existentes e identificar com a ajuda da minha Enfermeira Tutora possíveis oportunidades e estratégias de melhoria.

A minha enfermeira tutora, enquanto enfermeira Eras®, faz parte da equipa multidisciplinar responsável pela formação e assessoria a novos grupos de implementação das Guidelines Eras noutros grupos cirúrgicos. Desta forma tive a oportunidade de estar presente em distintos momentos da implementação dos protocolos Eras® em diferentes patologias como cirurgia pancreática, torácica, ginecológica ou transplantação hepática.

Habitualmente, o programa de implementação pressupõe a realização de 4 seminários, com diferentes objetivos, com uma duração entre 8 a 10 meses. O primeiro seminário tem como objetivos explicar à equipa multidisciplinar o conceito Eras®, o processo de implementação e de auditoria interna assim como estratégias para a implementação.

Tive a oportunidade de participar e observar o primeiro e segundo seminários para a equipa de Transplantação Hepática. No primeiro foi apresentada a Guideline para a Transplantação Hepática e a necessidade de criar o protocolo institucional para a cirurgia de transplantação de acordo com as diretrizes internacionais. Entre o primeiro e o segundo seminário, além do protocolo, a equipa deveria realizar auditoria retrospectiva a 50 processos de doentes para estabelecer uma base de referência para a *compliance* do novo protocolo, assim como reuniões do grupo multidisciplinar com o apoio da equipa de assessoria.

A assessoria foi essencial neste processo, em especial a minha enfermeira tutora porque, ao contrário da maioria dos protocolos Eras®, este não tem um sistema de auditoria online já criado. Desta forma, ela foi responsável pela criação de um modelo de auditoria permitindo a monitorização do processo e assegurando a auditoria interna. No 2º seminário a base de dados pré-implementação do protocolo Eras® não tinha sido preenchida pela equipa em formação, uma vez que não tinham definido na equipa multidisciplinar quem seria responsável pelo processo de auditoria. Assim, não foi possível a análise dos resultados encontrados e iniciar a fase seguinte que era progressivamente começar a aplicar o novo protocolo.

Consegui igualmente participar no 3º seminário dos grupos de trabalho para cirurgia oncológica ginecológica, cirurgia obstétrica programada, cirurgia torácica e cirurgia pancreática. Nesta fase as equipas tinham elaborado as respetivas auditorias com 50 doentes pré Eras® e iriam começar a aplicar o respetivo protocolo nos doentes submetidos a cirurgia.

As equipas tinham definido circuitos de consultas de pré-habilitação e programada a formação às equipas multidisciplinares. Nesta fase da implementação do protocolo é essencial detetar

desvios ao protocolo e ajustar o mesmo à realidade do próprio serviço, sendo essencial o papel de assessoria demonstrado pela minha enfermeira tutora. Alguns enfermeiros dos diferentes grupos cirúrgicos foram observar a realização da consulta de enfermagem de pré-habilitação de cirurgia colorretal e hepática, para poderem estruturar a consulta que iriam realizar na sua própria realidade.

A oportunidade de participar nestes diferentes momentos de formação para a implementação de protocolos multidisciplinares permitiu-me a aquisição de conhecimentos diferenciados em distintas áreas cirúrgicas, especialmente em cirurgia pancreática, cirurgia torácica e cirurgia ginecológica. No contexto da minha prática clínica, existem doentes cirúrgicos oncológicos destas áreas cirúrgicas, podendo assim integrar na minha prática de cuidados os conhecimentos adquiridos. Além disso, permitiu-me o desenvolvimento de prática especializada através da colaboração nestes diferentes programas de melhoria contínua, ficando mais capacitada em situações futuras idênticas.

A experiência e a evidência mostram que um protocolo não é suficiente para implementar um programa de recuperação melhorada nos cuidados cirúrgicos. É necessário um processo de gestão de mudança. O Programa de Implementação ERAS® baseia-se em no Modelo de Melhoria Contínua nos cuidados de saúde e ajuda cada equipa ERAS® a identificar as suas barreiras específicas para a mudança e a resolvê-los (Encare, 2020).

Além disso, a implementação deste tipo de programa inclui uma auditoria interna, utilizando o ERAS® *interactive audit system* (EIAS), um sistema de análise e introdução de dados, utilizado para facilitar a aplicação e monitorizar a conformidade com os protocolos. A auditoria promove a melhoria contínua do programa pois permite a análise da *compliance* do protocolo e um *feedback* em tempo real, que deve ser transmitido dentro da ULS e em sociedades científicas, promovendo a investigação.

Ao longo do ensino clínico, uma das atividades diárias foi precisamente a realização de auditoria com o EIAS e a contínua análise dos resultados apresentados, no sentido de detetar desvios ao protocolo e sinalizar as equipas.

O EIAS é um sistema de apoio à qualidade e à decisão e assegura que a conformidade com os Protocolos ERAS® uma vez implementados, é mantida, e dá feedback imediato sobre qualquer desvio das melhores práticas. A sua utilização permite auditar continuamente os progressos e ajuda a manter as suas melhorias ao longo do tempo (Encare, 2020).

Também o registo de dados clínicos fornece informações importantes às equipas hospitalares para auditar e melhorar os cuidados prestados aos doentes, promovendo a melhoria contínua.

Neste sentido foi lançado um desafio, pela minha Enfermeira Tutora e pela Enfermeira Tutora da minha colega de ensino clínico, que era elaborar um padrão de documentação da consulta

Eras® de Enfermagem. O objetivo orientador deste trabalho foi implementar um processo de melhoria na documentação dos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros da consulta ERAS® (apêndice 3).

Desta forma, e tendo também presentes as Competências Específicas, este trabalho enquadrava-se nos critérios de avaliação das unidades de competência, nomeadamente na documentação da implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto de prestação de cuidados e documentação de forma sistematizada dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

Dessa forma surgiu um trabalho elaborado em conjunto com a minha colega de ensino clínico que permitiu, através da pesquisa bibliográfica e da consulta dos profissionais de enfermagem do serviço, identificar os fenómenos de enfermagem mais relevantes para a prática de cuidados de qualidade à pessoa na consulta de enfermagem pré-operatória ERAS®. Assim, foram identificados os focos, diagnósticos e intervenções associadas a esses mesmos fenómenos, integrados no SClínico através da parametrização institucional de diagnósticos/intervenções de enfermagem (apêndice 3) e foi apresentado em formação de serviço (apêndice 4).

A elaboração de documentos orientadores, que auxiliem os profissionais na documentação após a sua tomada de decisão clínica, poderão ser importantes para aumentar os registos e a qualidade dos mesmos e confiamos que tenham efeito positivo na documentação de enfermagem da consulta ERAS®.

A realização deste trabalho possibilitará igualmente melhorar o padrão de documentação da consulta Eras® na instituição onde exerço funções pois permitirá registos uniformizados possibilitando a monitorização de indicadores e servirá como documento orientador dos registos clínicos de enfermagem de acordo com a linguagem classificada, bem como um Sistema de Informação em Enfermagem mapeado para a referida linguagem.

No ensino clínico que decorreu na Unidade de Convalescença a fusão na nova ULS fez com que diferentes projetos institucionais estivessem suspensos temporariamente. Apesar disso, consegui identificar quais os projetos institucionais que existiam nesta unidade de saúde, dos quais a minha Enfermeira Tutora fazia parte, assim como outros dos quais não fazia parte, aos quais tive acesso através de outros profissionais que os integravam.

Na instituição existia um projeto de intervenção para a Prevenção das Quedas, um projeto de Identificação Inequívoca dos Doentes e um projeto de Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão. Todos esses projetos seguem as indicações das respetivas normas da DGS, pressupõe auditorias semestrais e estão atualmente instituídos. O processo de auditoria não

estava a ser realizado porque, decorrente do processo de integração na ULS, ainda não estavam nomeados os enfermeiros auditores.

Uma vez que colaborar nos projetos de melhoria existentes era uma dificuldade no contexto presente da instituição, procurei informar-me dos resultados obtidos no anterior ano civil para poder ter uma perceção da amplitude da implementação destes projetos.

Além desses projetos, existiam alguns projetos de melhoria contínua como o Projeto da Unidade de Tratamento de Feridas Complexas, o projeto de melhoria da Composição e Organização do Carro de Emergência e o projeto de melhoria contínua de Prevenção da Infecção do Trato Urinário associado ao Cateter.

Destes projetos saliento o Projeto da Unidade de Tratamento de Feridas Complexas, do qual a minha Enfermeira Tutora faz parte e esteve na sua origem. Este Projeto de Melhoria Contínua permitiu a criação de uma consulta de Enfermagem, que acompanha doentes portadores de feridas complexas provenientes de qualquer parte do país, ultrapassando geograficamente a área de atuação da ULS. Tem como objetivo implementar terapias no tratamento e prevenção de feridas complexas nomeadamente terapia compressiva, terapia por pressão negativa, entre outras. Em relação ao tipo de feridas, em 2023, 65% eram úlceras venosas de perna, 13% feridas traumáticas e as restantes dividiam-se em úlceras arteriais ou mistas, pé diabético, úlceras por pressão, feridas cirúrgicas e feridas oncológicas.

O projeto concorreu ao Programa Integrar +, lançado pela ULS, criado para implementar projetos de integração de cuidados, promovendo a criação de projetos de melhoria do percurso do doente e foi um dos 3 projetos selecionados em março de 2024, em mais de 55 candidaturas. O objetivo é multiplicar noutras unidades da ULS o projeto que inicialmente surgiu nesta unidade de saúde, para responder em proximidade à elevada prevalência de pessoas com feridas complexas, através de equipas diferenciadas e descentralizadas, com o apoio e formação desta equipa original.

Em relação aos objetivos promover um ambiente terapêutico seguro, identificando potenciais riscos para os prestadores de cuidados e doentes e colaborar, desenvolver e implementar estratégias na área do aumento da segurança de doentes e elementos da equipa multidisciplinar, considero que foram os objetivos que mais gostei de trabalhar e desenvolver.

Logo nas primeiras semanas de ensino clínico identifiquei dois potenciais riscos para a segurança de doentes e propus-me, após debate com a Enfermeira Tutora, a desenvolver pesquisa nessas mesmas áreas, de forma a aumentar a segurança dos doentes e a promover a formação da equipa. As áreas abordadas foram a “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (apêndice 5) e a “Segurança na medicação” (apêndice 6).

O momento de passagem de turno não utilizava nem seguia nenhum modelo sistematizado para a transmissão de informação na transição de cuidados de saúde, pelo que sentia bastante dificuldade em prestar cuidados de enfermagem mais adequados ao doente, uma vez que não conhecia o doente e a informação transmitida na passagem de turno muitas vezes não abordava todos os problemas atuais e era omissa nos antecedentes pessoais do doente.

A transição de cuidados de saúde ocorre em qualquer momento em que exista a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores e tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos (Direção Geral de Saúde, 2017).

A qualidade da comunicação no momento da passagem de informação é essencial para uma transferência bem-sucedida e para garantir a continuidade de cuidados eficazes. Desta forma é importante compreender o teor da informação produzida pelos enfermeiros, de modo a aperfeiçoá-la e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Sousa et al., 2019; Pun, 2023).

Um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros é a comunicação eficaz e eficiente nos contextos de saúde, sendo crucial na prevenção de eventos adversos. Neste sentido, a transferência de informações entre profissionais deve ser eficaz e clara, reduzindo o risco de falhas na interpretação, que conduzem a erros e podem originar dano na pessoa (Blom et al., 2015; Direção Geral da Saúde, 2022).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, refere a comunicação como um pilar fundamental na segurança do doente, em especial em momentos de transição, devendo as instituições de saúde proceder à implementação de procedimentos normalizados para que a informação partilhada entre os profissionais seja a mais precisa de modo a evitar quebras na continuidade dos cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2022).

A Norma de Orientação Clínica 001/2017 da DGS apresenta orientação clínica relacionada com o aumento da segurança na comunicação, intitulando-se: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Esta recomenda que a transição de cuidados deve utilizar uma comunicação eficaz e que pode ser alcançada através da utilização de uma ferramenta de transmissão de informação, o ISBAR (Identificação; Situação; *Background*; Avaliação; Recomendações).

Nesse sentido, procurei aprofundar os meus conhecimentos nesta área e propus-me a realizar formação à equipa. Realizei um projeto de implementação designado TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Convalescença (apêndice 5), que se encontra atualmente implementado na Unidade de Convalescença após a realização de formação em serviço (apêndice 7).

Outra das necessidades que identifiquei foi a necessidade de reflexão sobre a segurança na medicação. A medicação é dispensada pelos serviços farmacêuticos e chega à Unidade de Convalescença em sistema de unidade. No entanto, a sua preparação no serviço e a técnica utilizada na sua identificação após a preparação podem conduzir à ocorrência de erros de administração.

Os erros de medicação são dos incidentes de segurança do doente mais frequentes, ocorrem em todos os contextos de cuidados e são causadores de eventos adversos. Podem ocorrer durante a utilização de medicamentos, o que inclui a prescrição, dispensa, administração e monitorização. A existência de vários profissionais de saúde envolvidos no processo de utilização de medicamentos e a gravidade dos danos relacionados com a medicação pode variar entre danos ligeiros, graves e morte, com custos associados de cuidados de saúde e outros custos (World Health Organization, 2023a).

De acordo com os dados do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, 13% do total de incidentes notificados correspondem a incidentes de medicação e dados referentes às notificações efetuadas pelos profissionais de saúde relacionadas com a medicação/flúidos endovenosos no ano de 2017 representam 10% (Giraldina et al., 2021).

Além disso, tanto os eventos adversos da medicação como os erros de medicação, podem aumentar o tempo de permanência dos doentes nas instituições de saúde, aumentando os custos. Uma utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas de prevenção, o que terá repercussões positivas ao nível dos custos diretos e indiretos associados ao erro de medicação (Giraldina et al., 2021).

Garantir uma cultura de segurança e gerir mudanças na cultura no local de trabalho e no sistema de saúde são cruciais para melhorar a segurança dos medicamentos. Os sistemas de notificação e aprendizagem de erros de medicação têm sido utilizados para identificar erros e criar oportunidades de aprendizagem para a prevenção de erros (World Health Organization, 2023b)

Torna-se assim essencial implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde. Deve-se promover a utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica, através da implementação de práticas de verificação uniformizadas no âmbito das práticas seguras, por recurso a ferramentas digitais (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Apesar de estar a abordar as competências comuns do enfermeiro especialista, importa referir que como competências específicas, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-

Cirúrgica na área da pessoa em situação crónica deve promover a implementação de estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, a cultura de segurança e o reconhecimento de situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais. Deve ainda fomentar medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promover a formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais(Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

Para dar resposta a esta temática de interesse elaborei um trabalho designado Cultura de Segurança dos Medicamentos (apêndice 6). Devido a constrangimentos no planeamento da formação em serviço, a apresentação à equipa do trabalho designado Cultura de Segurança dos Medicamentos não foi realizado em momento oportuno, contudo foi disponibilizada para ser apresentada posteriormente (apêndice 8).

Na dimensão da melhoria contínua da qualidade, considero que sempre foi demonstrado interesse em participar e colaborar ativamente com os projetos já implementados nos diferentes contextos. Na procura de proporcionar melhoria aos contextos onde passei, desenvolvi e implementei outros, que acredito trouxeram melhorias significativas aos mesmos e abrem as portas a melhorias no meu próprio contexto profissional. Ao longo dos ensinamentos clínicos procurei refletir sobre as práticas observadas, identificar oportunidades de melhoria e desenvolver estratégias de implementação baseadas em evidência científica, o que contribuiu para o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista.

**O domínio da gestão de cuidados abrange duas competências: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Na dimensão da gestão e qualidade dos cuidados foi possível acompanhar as Enfermeiras Tutoras assim como os Enfermeiros Gestores, o que permitiu identificar e compreender as competências inerentes à execução dessa função em particular.

O Enfermeiro Gestor deve ser motivador das equipas que lidera, promover a coesão, espírito de equipa, bom ambiente e proporcionar condições aos elementos da equipa para desenvolverem a sua atividade profissional com qualidade, garantindo o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Deve garantir oportunidades de formação contínua, desenvolvimento profissional, pessoal e promover o trabalho em equipa, com recurso a ferramentas como a comunicação, advocacia, negociação, *coaching* e supervisão, assentando competências no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação (Santos et al., 2023).

O tipo de liderança das equipas de enfermagem é determinante pois influencia a satisfação e o desempenho de todos os enfermeiros que a constituem. Para além do impacto no desempenho, na qualidade e segurança dos cuidados prestados pelos profissionais, a liderança dos enfermeiros tem também impacto no comportamento organizacional e na gestão dos conflitos que possam advir, revelando-se determinante para o desempenho de qualidade das instituições de saúde (Melo et al., 2023).

Na Unidade de Convalescença/ Serviço de Medicina, nos turnos da manhã dos dias úteis existe uma enfermeira coordenadora, com funções de gestão. Durante esse ensino clínico, tive a oportunidade de realizar 2 turnos com a enfermeira coordenadora, que se encontrava a exercer estas funções recentemente, devido às transições ocorridas na instituição com a integração na ULS.

A enfermeira coordenadora assumia funções na área de gestão e liderança, sendo responsável pela gestão de stock farmacêutico, de material de consumo clínico e alimentação, mas também pela coordenação da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais. Tive a oportunidade de adquirir e desenvolver competências nesta área ao acompanhá-la durante alguns turnos. Compete, porém, ao Enfermeiro Chefe nomeado Enfermeiro Diretor interino, gerir os recursos humanos, de forma a avaliar o seu desempenho e detetar possíveis melhorias no serviço. Habitualmente, ele estava presente pelo menos numa passagem de turno do turno da manhã e nas reuniões de serviço semanais.

Uma das funções assumida pela enfermeira coordenadora era a participação nas reuniões multidisciplinares e conferências familiares.

A participação em reuniões multidisciplinares e conferências familiares, pelo que pude observar, permite ao enfermeiro acompanhar a evolução do plano de cuidados previamente definido para a pessoa e família, avaliar e identificar novos diagnósticos, possibilitando um acompanhamento mais abrangente das necessidades de cuidados da pessoa e família.

Foi possível estar presente em duas reuniões de serviço multidisciplinares. Semanalmente, a equipa multidisciplinar (diretor de serviço, médicos, enfermeiro gestor e enfermeira coordenadora, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga) reúne-se e discutem a evolução clínica dos doentes internados, traçam estratégias e sugerem propostas em relação à evolução e alta do doente.

Numa Unidade de Convalescença estão previstos internamentos até 30 dias e é dirigida a pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, mas que devido a uma situação de doença súbita, recorrência ou descompensação do processo crónico, exijam cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio (Instituto da Segurança Social, 2023).

Na reunião multidisciplinar, pude verificar que a equipa quando confirma que a evolução não é a prevista, pode propor a continuação na rede de cuidados continuados na mesma tipologia ou até numa tipologia diferente (Unidade de Média Duração e Reabilitação; Unidade de Longa Duração e Manutenção; Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários).

Após estas reuniões é realizada uma conferência familiar com a família/ cuidador informal da pessoa internada para abordar a evolução do doente e possíveis estratégias a implementar, de acordo com o que foi decidido na reunião multidisciplinar.

Existiu a oportunidade de participar nestas conferências familiares ao acompanhar a enfermeira coordenadora, assim como a assistente social e o médico assistente do doente. Nesses momentos são explicados à família/cuidador a evolução do doente, a sua necessidade de cuidados e o possível plano terapêutico. São momentos importantes para avaliar situações de nível social, necessidades de capacitação do doente e dos cuidadores informais e, quando a alta clínica não é possível, propor a integração da pessoa numa tipologia diferente na rede de cuidados continuados.

No ensino clínico realizado na Consulta Eras®, pude acompanhar a Enfermeira Tutora em funções de coordenação em alguns turnos que realizou no internamento ao qual pertence (equipa de enfermagem da Cirurgia A). Habitualmente, este internamento está mais dedicado à patologia cirúrgica hepática. Nos turnos realizados em enfermaria ela frequentemente assumia funções de coordenação, sendo responsável por garantir a gestão de vagas, transferências de doentes entre instituições, assegurar os níveis do armazém clínico e da medicação, entre outras funções delegadas pelo enfermeiro gestor.

Num desses turnos, por delegação do enfermeiro gestor, procedeu a uma auditoria a todos os espaços físicos da enfermaria, tendo sempre como referência o risco e a segurança do doente, de forma a detetar anomalias ou inconformidades, quer nas unidades dos doentes quer nas áreas comuns, garantindo a sua reparação ou substituição com envios para reparação na área de gestão de instalações e equipamentos.

“Garantir ambientes seguros para a prestação de cuidados seguros e em tempo útil, envolve um esforço de todos os intervenientes para assegurar condições físicas, técnicas e operacionais necessárias, contando com os gestores e as lideranças das instituições de saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2022) .

Também existiu a oportunidade de realizar alguns turnos com o Enfermeiro Gestor. O Enfermeiro Gestor da consulta Eras® também assume funções de gestão na consulta externa de cirurgia, no internamento de Cirurgia A e na Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios.

Como projeto de melhoria, foi responsável pela definição de circuitos nos serviços de internamento assim como pela implementação de armazém avançado nos mesmos.

Existem diferentes métodos de reposição de material, em contexto hospitalar. O método de reposição por níveis em armazém avançado (AA) é um dos mais eficientes. Com este método a logística obtém informação precisa dos consumos, permitindo estimar as necessidades reais, o risco de rutura de stock e eventual alocação de artigos. Assim o consumo e a reposição são revistos com maior rigor (Frederico & Sousa, 2022; Monteiro, 2020).

Nas visitas que realizei na companhia do Enfermeiro Gestor aos armazéns avançados quer da Cirurgia A, quer da Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios, todos os artigos são identificados com um código de barras identificativo. Os serviços envolvidos no processo, tanto os clínicos como o armazém, detêm terminais portáteis que registam os artigos à medida que são consumidos, através da leitura desse código. As vantagens deste método são o débito dos consumos ao serviço, o inventário permanente de stocks, a redefinição do nível de stocks máximo de cada serviço, a diminuição de stock em armazém, uma menor quantidade de acumulação de funções para os profissionais de saúde e mais eficácia na reposição.

Alem disso, nas visitas que efetuámos aos diferentes serviços conversamos sobre os modelos de gestão e também sobre a gestão de conflitos. A gestão dos recursos humanos em serviços tão diferentes e com diferentes necessidades de cuidados por vezes torna-se complexa e desafiante, uma vez que se espera que o enfermeiro gestor garanta a articulação entre a prestação de cuidados e os diferentes níveis de gestão, nomeadamente a gestão operacional, intermédia e gestão de topo.

O método de trabalho adotado no serviço de cirurgia A é o método individual, mas compete ao enfermeiro gestor ou em funções de gestão coordenar os cuidados, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.

No método individual, a organização dos cuidados face às necessidades identificadas pelo enfermeiro, depende da visão que o próprio apresenta enquanto profissional, podendo privilegiar os cuidados centrados no doente ou a execução de tarefas. Além disso, este método limita a ação do enfermeiro aos doentes que lhe foram atribuídos para esse turno, limitando a continuidade de cuidados e comprometendo a avaliação dos resultados obtidos. Desta forma, a coordenação dos cuidados prestados recai no enfermeiro gestor, que supervisiona e avalia a prestação de cuidados de enfermagem, ajuizando as decisões mais significativas ao longo do processo, mesmo a prestação de cuidados delegada no enfermeiro distribuído aquele doente (Parreira et al., 2023).

Outro dos problemas diários com que o Enfermeiro Gestor lida é a gestão de camas nos serviços de internamento numa articulação próxima com os Diretores de Serviço. A falta de vagas implica uma diminuição na produção cirúrgica e conseqüentemente um aumento da lista de espera cirúrgica, temática já abordada anteriormente. Com frequência, após

cumpridos os critérios clínicos para a alta, esta não é possível efetivar por falta de resposta social. Apesar da existência da rede de cuidados continuados, a resposta continua a ser insuficiente e o internamento prolonga-se a aguardar uma vaga numa unidade de retaguarda ou na RNCCI, comprometendo a atividade cirúrgica.

Como refere Pinto (2019) “cama hospitalar” é um recurso de valor inestimável para a produção em saúde, devendo ser gerido com intencionalidade clínica e o seu uso deve reger-se por parâmetros de adequação à situação de saúde do doente. Deve existir um equilíbrio entre as necessidades da procura com os custos da oferta de camas de internamento hospitalar, o que se torna um desafio à gestão hospitalar, assim como o estabelecimento de condições que proporcionem um atendimento digno a todos os doentes evitando desperdícios de recursos limitados e onerosos, como são os recursos em saúde.

Além da gestão das camas dos próprios serviços, também faz parte de uma escala rotativa com outros enfermeiros gestores da instituição em que ficava responsável por gerir o pedido de camas de internamento pelo serviço de urgência.

A gestão de camas hospitalares é essencial para manter a produção programada, mas também para garantir a acomodação por vezes deficitária aos doentes que permanecem tempo excessivo em regime de Serviço de Urgência. Para combater este flagelo, a própria ULS está a criar uma equipa exclusivamente dedicada para gerir as camas nos diferentes polos de forma a reduzir o tempo excessivo de permanência do doente no serviço de urgência.

No contexto de ensino clínico, foi possível compreender as dinâmicas de cada serviço (Unidade de Convalescença/ serviço de Medicina e consulta ERAS®), protocolos e normas vinculadas, o que me permitiu o desenvolvimento de competências importantes para uma boa coordenação do trabalho em equipa. Além disso, demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de gestão, colaborei para a segurança na prestação dos cuidados, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática diária e demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar. Uma boa gestão contribui para um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

**A última competência comum de um enfermeiro especialista é no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que engloba as competências: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).**

No sentido de desenvolver a minha prática especializada, comecei por interiorizar as normas de atuação preconizadas pelos serviços onde desenvolvi os meus ensinamentos clínicos, por observar a atuação dos outros Enfermeiros, em especial as das minhas Tutoras e dialogar

com os elementos das diferentes equipas acerca da prestação de cuidados ao doente crónico, com vista a aperfeiçoar os aspetos em que sentia mais dificuldades.

Procurei igualmente refletir sobre a minha atuação enquanto futura enfermeira especialista, mobilizar os conhecimentos adquiridos e realizar pesquisa bibliográfica de modo a desenvolver uma prática baseada na evidência científica mais atual.

Porém, comecei por refletir e pesquisar o que é afinal uma prática especializada e a sua importância por forma a dar resposta às minhas próprias inquietações.

A Saúde, com as suas especificidades é dos sectores que mais depende de recursos humanos qualificados. Ao contrário de outros setores onde predomina a evolução tecnológica, os cuidados de saúde continuam a ser maioritariamente assegurados por profissionais, ainda que beneficiando desse progresso tecnológico (Amorim et al., 2018).

Os mesmos autores referem que melhorias que visem aumentar a qualidade, eficiência ou produtividade dos cuidados de saúde requerem um investimento em capital humano dotando os profissionais de saúde não apenas de conhecimentos, mas das competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde. Os profissionais de Enfermagem asseguram uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde e são uma peça fundamental em qualquer sistema de saúde justificando-se o investimento na qualificação destes profissionais.

Então o que diferencia um enfermeiro generalista de um enfermeiro especialista?

O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e em competências específicas, definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade. A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De acordo com o *International Council of Nurses*, um Enfermeiro Clínico Especialista é um enfermeiro que concluiu um programa de mestrado específico. Possui conhecimentos e competências de enfermagem avançados, com uma formação que ultrapassa o nível de um enfermeiro generalista, toma decisões complexas numa especialidade clínica e utiliza uma abordagem sistémica para influenciar a otimização dos cuidados nas organizações de saúde. Presta serviços de cuidados de saúde com base em conhecimentos especializados avançados quando cuida de doentes ou populações complexas e vulneráveis (Schober et al.,

2020).

O *International Council of Nurses* descreve algumas características que definem a prática do enfermeiro especialista como por exemplo prestar cuidados clínicos diretos numa área especializada da prática de enfermagem, mas também prestar cuidados centrados na pessoa/família, enfatizando os pontos fortes e o bem-estar em detrimento da doença ou do défice, influenciar os resultados da prática de enfermagem, liderando e apoiando os enfermeiros a prestar cuidados cientificamente fundamentados e baseados em evidência, participar em investigação para gerar conhecimentos para a prática e conceber, implementar e avaliar programas de cuidados e programas de investigação (Schober et al., 2020).

Assim, é a capacidade de mobilizar conhecimento, capacidades e experiências que distingue um enfermeiro especialista de um enfermeiro generalista. Foi a necessidade de adquirir mais conhecimento que me conduziu ao processo de regressar à “Escola”. Considerava que já tinha capacidades e experiências que me faziam sentir confortável na minha prestação de cuidados ao Doente Oncológico, porém necessitava de conhecimentos que fundamentassem e sustentassem a minha prática.

Como futura enfermeira especialista procurei ser responsável pela atualização do meu próprio conhecimento e pelo meu desenvolvimento profissional, procurando atualizar os conhecimentos técnico-científicos e relacionais.

Nestes ensinamentos clínicos, fui trabalhando no sentido de aprofundar e mobilizar conhecimentos em diferentes áreas como risco clínico, segurança do doente, feridas complexas, rede nacional de cuidados continuados integrados e padrão documental dos cuidados de enfermagem, entre outros.

No entanto, a área que me conduziu a uma pesquisa mais particular, foi a área dos cuidados à pessoa idosa e ao cuidado gerontogeriatrico. Foi algo que não foi abordado nas diferentes unidades curriculares durante a vertente teórica deste mestrado e que senti necessidade de aprofundar conhecimentos uma vez que todas as pessoas internadas nos serviços de Medicina e Unidade de Convalescença tinham mais de 65 anos e na sua maioria tinham idades superiores a 80 anos.

O hospital onde foi desenvolvido o ensino clínico possui um projeto institucional designado “Hospital Amigo dos + Velhos”. Com este projeto o Hospital Arcebispo João Crisóstomo, em Cantanhede, conquistou o segundo prémio do Integrated Care Award 2023.

Nas sociedades envelhecidas, o número de idosos com condições crónicas complexas está a aumentar rapidamente, tornando desafiante o cuidado devido às interações entre múltiplas condições e seus tratamentos. Frequentemente os idosos sofrem de múltiplas doenças e estas doenças e o seu tratamento interagem entre si. Além disso, a população idosa

apresenta regularmente limitações funcionais e síndromes geriátricas, como fragilidade, que podem resultar em resultados negativos como comprometimento da qualidade de vida e mortalidade prematura (Hoogendijk et al., 2023).

O envelhecimento exige um olhar diferente quanto aos cuidados de saúde, seja em termos de cuidados preventivos de situações de acidente e/ou doença, promotores de um envelhecimento ativo, seja em situações de maior complexidade, como as de dependência e internamento devido a situações de doença crónica ou crónica agudizada. As perdas físicas, sociais, familiares e económicas que acompanham o envelhecimento podem provocar sentimentos de impotência e dependência, interferir na autoestima e influenciar a capacidade funcional, cognitiva e relacional (José & Gomes, 2021).

A realização de um estudo de caso (apêndice 9), permitiu-me aprofundar conhecimentos e alterar a minha prática de cuidados, ao integrar os conhecimentos entretanto adquiridos.

Uma das atividades propostas no âmbito desta competência foi a promoção de momentos de formação às diferentes equipas. Para tal, na Unidade de Convalescença propus-me a realizar formação no âmbito da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (apêndices 7) e da Segurança na medicação (apêndice 8). Por conveniência da formação em serviço, apenas foi realizada formação à equipa sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Na consulta Eras®, tive a oportunidade de apresentar, em conjunto com a minha colega de ensino clínico, o trabalho elaborado sobre o padrão documental dos cuidados de enfermagem da consulta Eras® (apêndice 4).

Procurando maximizar a minha aprendizagem, desenvolvi a minha autoformação, fortificando o meu desenvolvimento pessoal e profissional, com o intuito de adquirir novas aprendizagens e diferentes tipos de experiências.

Assim, dentro da minha área de interesse (doente oncológico), participei como preletora no Fórum “Dia Europeu da Enfermagem Oncológica” sob o tema “A consulta de enfermagem no doente oncológico colorretal- Programa Eras®” na instituição onde exerço funções (anexo 1), participei na 17ª Reunião Nacional da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa que decorreu nos dias 23 a 25 de maio de 2024, organizado pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (anexo 2) e na IV Conferência de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia Coimbra | Lisboa | Porto realizado nos dias 11 e 12 de Outubro de 2024 (anexo 3).

Particpei igualmente no Simpósio 25 anos a criar valor em Estomaterapia (anexo 4) e no Simpósio Ileostomias de Alto Débito (anexo 5), uma temática muito presente na minha prática diária assim como no ensino clínico da consulta Eras® e no I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025 – “Intervir e

Valorizar”, que decorreu na Figueira da Foz nos dias 21 e 22 de janeiro de 2025 (anexo 6) e onde apresentei um poster (apêndice 10), com a temática “A implementação da técnica ISBAR numa Unidade de Convalescença: um projeto de melhoria continua” sobre trabalho desenvolvido na Unidade de Convalescença (anexo 9).

Na instituição onde exerço funções tive a oportunidade de realizar a formação de Auditoria à Qualidade dos Cuidados de Saúde (anexo 7), o que me permitiu integrar a equipa multidisciplinar de auditoria interna para a qualidade e a formação Cuidados Centrados na Pessoa: Comunicação (anexo 8).

Relativamente a este domínio procurei atuar sempre em conformidade com os conhecimentos apreendidos e aprofundados na área de especialização e de interesse. O desenvolvimento profissional e pessoal foram sempre uma das minhas preocupações, consciente da necessidade que todos temos de refletir sobre as nossas práticas, identificar os nossos pontos fortes e fracos e a estruturar o nosso caminho. Procurei maximizar as oportunidades de desenvolvimento de competências nesta área, uma vez que o domínio da formação é essencial na profissão de enfermagem, com a constante atualização do próprio conhecimento e através do desenvolvimento da profissão, com a procura de atualização de conhecimentos técnico-científicos.

Para que o processo de crescimento pessoal ocorra, é essencial autoconhecimento e assertividade, mas também humildade e flexibilidade, para perceber que o conhecimento é um processo contínuo resultante de trabalho individual, mas também de trabalho de equipa.

## 2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

No ponto anterior foram descritas as competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista e efetuada uma reflexão sobre as aprendizagens mais relevantes e o seu contributo para a prática especializada. Neste ponto, será realizada igualmente uma reflexão sobre as aprendizagens e o seu contributo para a prática especializada relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica.

A atribuição do título de enfermeiro especialista atesta habilidades científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados numa das áreas de especialidade reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário e podem incidir sobre a prevenção

da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma. Desta forma, as competências específicas de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica a pessoa em situação crónica são:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;
- Maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

Nos projetos dos ensinos clínicos elaborados (apêndice 1 e apêndice 2) foram várias as atividades a que me propus, que passarão a ser descritas e serão alvo de reflexão.

**Uma das competências específicas dos cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica é cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.**

Compete ao enfermeiro especialista, atendendo às limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta, responder eficazmente mobilizando conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

Assim algumas das unidades de competência do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica são:

- Identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica;
- Promover intervenções especializadas, junto da pessoa, família /cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica;
- Avaliar os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica;
- Liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

Para cumprir os objetivos que delineeii na competência específica - Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, propôs-me a desenvolver algumas atividades no âmbito dos ensinios clínicos na unidade de convalescência e na consulta Eras® (apêndice 1 e apêndice 2). Desta forma, será realizada uma reflexão crítica das competências específicas e das atividades desenvolvidas durante os ensinios clínicos tendo por base os projetos de desenvolvimento de competências elaborados.

Uma das atividades a que me propus foi a realização de um estudo de caso.

A elaboração de um estudo de caso permite que o profissional observe, entenda, investigue e descreva uma determinada situação, de forma a adquirir conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão face a outras situações semelhantes. Abrange como etapas a colheita de informação, um processo de pensamento composto pela análise dos dados e determinação de soluções, e um processo de julgamento ou avaliação. O objetivo é que o profissional obtenha conhecimento e experiência para tomar decisões e resolver os problemas identificados no estudo de caso (Galdeano et al., 2003).

Uma vez que o primeiro ensino clínico decorreu maioritariamente no serviço de Medicina, a escolha do caso em estudo centrou-se num doente que transitou entre o serviço de Medicina e a Unidade de Convalescência. Além disso, a pessoa em causa apresentava uma situação familiar e social complexa. A elaboração deste caso clínico permitiu-me sair da minha zona de conforto e aprofundar conhecimentos numa área completamente diferente da minha prática clínica diária, mas que me serão uteis no futuro enquanto enfermeira especialista.

No âmbito de duas unidades curriculares diferentes, tive a oportunidade de elaborar estudos de caso e sempre procurei que fossem dentro da minha área de interesse (doente oncológico). Nesta situação, apesar de o doente apresentar múltiplas doenças crónicas, entre as quais uma doença oncológica, procurei enveredar pela área do envelhecimento.

Neste ensino clínico apercebi-me que todas as pessoas internadas, quer no serviço de medicina quer na Unidade de Convalescência, tinham idade superior a 65 anos e a maioria delas acima dos 80 anos, muitas vezes com fragilidade e declínio cognitivo associados.

O envelhecimento exige um outro olhar quanto aos cuidados de saúde, seja em termos de cuidados preventivos promotores de um envelhecimento ativo, seja em situações de maior complexidade, como as de dependência e internamento devido a situações de doença crónica. As perdas físicas, sociais, familiares e económicas que podem acompanhar o envelhecimento provocam sentimentos de impotência e dependência, interferem na autoestima e influenciam a capacidade funcional, cognitiva e relacional (José & Gomes, 2021).

Assim fazia sentido aprofundar conhecimentos nesta área. Esse trabalho tinha como objetivo desenvolver conhecimentos para uma melhor atuação na área de enfermagem,

nomeadamente identificar áreas de atenção relevantes para a pessoa (focos), como os avaliar, desenvolver diagnósticos e aplicar intervenções de modo a facilitar a transição saúde-doença. Pretendia ainda elaborar um plano individual de cuidados onde se aplicam ferramentas e tecnologias de informação e comunicação, para uma conceção de cuidados e implementação de intervenções de enfermagem orientadas para ganhos em saúde.

A elaboração deste trabalho foi bastante importante para a aprendizagem pois, como futura enfermeira especialista, senti a responsabilidade acrescida na análise criteriosa de todas as dimensões e problemas do doente crónico idoso, necessitando de ferramentas para conseguir responder adequadamente à Pessoa e família que vivenciam processos de transição (apêndice 9).

Uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (Regulamento n.o 429/2018, 2018).

Frequentemente, os doentes cirúrgicos vivenciam uma ou mais doenças crónicas que podem ter impacto na cirurgia e muitas vezes o motivo para a realização de uma cirurgia prende-se com a existência de uma doença crónica prévia. Uma cirurgia frequentemente conduz a uma alteração enorme na vida do doente e família e implica a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador e a redefinição de um projeto de saúde.

O enfermeiro especialista deve responder eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento n.o 429/2018, 2018).

No âmbito da Consulta Eras pude desenvolver competências que foram muito além do que uma consulta de enfermagem por si só. Esta equipa faz o acompanhamento e monitorização de todo o percurso do doente que inicia um mês antes da cirurgia até um mês após a mesma.

O Enfermeiro tem um papel muito importante e visível no programa ERAS®, que se verifica ao longo de todo o percurso cirúrgico do doente. Tem uma intervenção direta no período pré-operatório, na consulta de Enfermagem Pré-Operatória, durante o internamento com o seguimento das guidelines dos cuidados de pós-operatório, e depois da alta com a vigilância e acompanhamento do doente através do follow-up telefónico de Enfermagem (Mendes & Ferrito, 2021).

A realização da consulta de enfermagem é um momento fundamental na relação que se estabelece com o doente e com a família/cuidador.

Ao fornecer aos doentes informações mais pormenorizadas sobre a sua cirurgia e a sua recuperação, os doentes sentem-se mais informados e capazes de contribuir para o seu percurso de recuperação, uma vez que foram envolvidos na definição de objetivos realistas com a equipa clínica (Burch & Balfour, 2020).

Semanalmente é realizada a consulta de enfermagem inserida no programa de pré-habilitação. Nesta consulta eram acompanhados os doentes de patologia colorretal e patologia hepática. Como uma das atividades propostas era realizar as diferentes consultas, existiu a necessidade de aprofundar conhecimentos através de revisão bibliográfica e integração na prática clínica das normas e guidelines internacionais e do Centro Hospitalar sobre o Protocolo Eras® Hepático e Colorretal.

A existência de uma consulta de enfermagem pré-operatória, baseada na melhor evidência, promove uma modificação na prática de cuidados, contribuindo para uma melhoria dos processos e dos resultados pela preparação do doente, através da informação e maior cooperação do mesmo. Desta forma, recomenda-se que no pós-operatório os doentes retomem a sua autonomia, mobilizando-se precocemente, tenham acesso à informação necessária e sejam participativos, o que lhes permitirá vivenciar uma experiência cirúrgica mais positiva e diminuir o tempo médio de internamento (Mendes & Ferrito, 2021).

Desta forma, quebra-se o paradigma da educação tradicional pautada pela transmissão de informação relacionada especificamente com a situação clínica e com perícias técnicas. Os profissionais de saúde devem integrar a importância de os cuidados serem centrados na pessoa. É fundamental a integração de uma filosofia que privilegie a promoção da literacia em saúde e facilite a transição de saúde-doença. O papel do profissional é o da capacitação para a autogestão da doença e do regime terapêutico, com vista ao desenvolvimento do máximo potencial de empowerment da pessoa (Sousa et al., 2021).

Os profissionais de saúde devem apoiar, disponibilizando a informação necessária e utilizando estratégias ajustadas às realidades, individuais e de contexto, que permitam capacitar a pessoa e a sua família, neste processo de adaptação à vida com a doença. Deve existir uma parceria entre o doente e o profissional, que permita identificar os problemas e definir metas e o plano terapêutico, antecipando os possíveis obstáculos à sua concretização e desenvolvendo competências de resolução de problemas para os ultrapassar. Isso possibilitará a vivência de uma transição saudável e o desenvolvimento da capacitação para a autogestão (M. R. Sousa et al., 2021)

Na consulta de enfermagem o enfermeiro intervém no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou incapacidades, simplificando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo

de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, impactando de forma positiva a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica deve adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, permitindo o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto. Além disso, deve fundamentar a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica e documentar a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto de prestação de cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Neste ensino clínico tive a oportunidade de realizar consultas pré-operatórias de cirurgia colorretal quer de cirurgia hepática. O principal objetivo da consulta era garantir o envolvimento do doente em todo o processo de cuidados e incentivá-lo a aderir ao protocolo. A promoção da autogestão permite a capacitação das pessoas ao trabalhar com elas um conjunto de competências facilitadoras da tomada de decisão e a implementação de comportamentos de autocuidado.

Assim, era realizada uma avaliação inicial do doente incluindo o convivente significativo, e quais os recursos da comunidade a que recorria.

Eram igualmente desenvolvidas intervenções para adesão e gestão do regime terapêutico (dietético/exercício/medicamentoso), aceitação do estado de saúde e explicado o percurso durante todo o internamento, com entrega de materiais de leitura.

Nos casos em que se previa a construção de ostomia de eliminação era igualmente prestado aconselhamento nesta consulta. Existia um especial cuidado nesta situação em específico porque, habitualmente, era um fator que gerava grande ansiedade no doente e comprometia a aceitação do estado de saúde.

A construção de um estoma de eliminação pode ter impactos extensos e negativos no bem-estar psicológico do doente. São várias as áreas de preocupação que têm sido repetidamente identificadas na literatura: perda de controlo; diminuição da autoestima; questões psicossociais e psicológicas. A identificação e tratamento da morbilidade psicológica numa fase inicial é a abordagem mais eficaz, mas intervenções adicionais também podem ser úteis. A promoção do autocuidado e da independência pode minimizar o sentimento de perda de controlo, a seleção de dispositivos discretos e à prova de fugas pode melhorar problemas de autoestima, e uma conversa aberta e honesta pode melhorar significativamente os sentimentos do doente relativamente à sexualidade e à intimidade (McGrogan & Proctor, 2024).

Durante a consulta era explicado todo o circuito perioperatório assim como o protocolo: serviços onde iria permanecer (internamento, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios), preparação intestinal, alimentação, mobilização precoce, controlo de dor e náuseas e o papel da enfermeira ERAS® (visita aos serviços, teleconsulta às 48 horas e 30 dias após a alta).

Eram ainda realizados ensinamentos para a pré-admissão explicando qual a alimentação a adotar, exercício físico, importância da cessação de consumo de álcool e tabaco, a preparação do regresso a casa, quais cuidados a adotar após a alta e sinais de alarme.

Apesar de esta não ser uma área de interesse pessoal, consegui igualmente participar num dia de consulta de pré-habilitação para cirurgia bariátrica, também implementada na ULS Coimbra. Apesar de ser um dos protocolos que não conhecia inicialmente, tive a oportunidade de ler a guideline internacional e o protocolo.

Nessa consulta os doentes eram na sua maioria mais jovens do que o tipo de doentes que frequentemente observava nas consultas de patologia colorretal e hepática. Grande parte dos doentes devido à obesidade mórbida e ao tipo de comorbilidades que apresentavam sofria de duas ou mais doenças crónicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, SAOS, alterações osteoarticulares, entre outras patologias encontradas. Claramente quer nesta, quer nas consultas de patologia colorretal e hepática, faz todo o sentido a realização da consulta por um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Dentro da unidade de competência “gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica” o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crónica deve demonstrar conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas, família/cuidador com patologias endócrinas, nutricionais, metabólicas, imunológicas, infecciosas e oncológicas (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

Outro momento importante de contacto com o doente é a realização de consultas de *follow-up* telefónico (48h após a alta e 30 dias após a cirurgia) e utilização da aplicação Up-Hill Health (7º e 14º dias após a cirurgia). Diariamente eram realizadas estas consultas e foram uma das atividades planeadas no projeto de ensino clínico em que mais me senti concretizada.

Com a alta hospitalar precoce, a recuperação pós-operatória do doente ocorre no ambiente comunitário, com 36,8% das complicações a acontecerem em ambulatório. O *follow-up* telefónico permite apoiar os doentes neste período e tem como objetivo garantir a continuidade dos cuidados após a alta, avaliar o seu estado clínico, incluindo os sintomas, o estado nutricional e funcional pós-operatório e determinar se se justificam cuidados adicionais e presenciais. Possibilita ajudar os doentes em ambulatório educando-os sobre os “sinais de

alerta”, para que a sua identificação e gestão precoces permitam evitar o reinternamento, apoiar na gestão da sua medicação, coordenar os cuidados com a sua equipa de cuidados de saúde primários e assegurar a marcação da consulta pós-operatória (Takchi et al., 2020).

Nestes contactos além de serem garantidos os ensinamentos relativos à gestão do regime terapêutico, era avaliada a sua adesão e sugeridas estratégias e intervenções específicas se existissem alterações no regime medicamentoso, dietético e/ou exercício.

Surgiam frequentemente algumas dúvidas na progressão do regime alimentar, tipo de alimentos permitidos e a evitar e a importância da hidratação, em especial nos doentes com ileostomias de alto débito, que tinham um risco acrescido de desenvolver desidratação e insuficiência renal aguda, conduzindo inevitavelmente ao reinternamento do doente.

Outra das atividades propostas foi a realização do Padrão de documentação da Consulta Eras® (apêndice 3), como já foi referido no ponto das Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade. A elaboração de documentos orientadores, que auxiliem os profissionais na documentação após a sua tomada de decisão clínica, poderão ser importantes para aumentar os registos e a qualidade dos mesmos e confiamos que tenha efeito positivo na documentação de enfermagem da consulta ERAS®.

Outra das atividades propostas foi colaborar e realizar os processos de auditoria de cirurgia colorretal e hepática utilizando o ERAS® *interactive audit system* no sentido de promoção de Melhoria Contínua. Esta ferramenta é um sistema de apoio à qualidade e à decisão e assegura que a conformidade com os protocolos implementados é mantida e dá feedback imediato sobre qualquer desvio das melhores práticas.

Na minha prática profissional conheço bem o sistema de auditoria para a patologia colorretal, mas nunca tinha tido a oportunidade de utilizar o sistema para a auditoria da patologia hepática. Além da realização das auditorias dos processos em si, torna-se muito importante dar *feedback* às equipas dos resultados. Assim, pude colaborar com a minha Enfermeira Tutora na revisão dos resultados que ela apresentou às equipas de cirurgia geral da ULS (internamentos, blocos operatórios, unidades de cuidados pós anestésicos e unidade de cuidados cirúrgicos intermédios).

Em ambos os ensinamentos clínicos tive a oportunidade de participar em reuniões de serviço multidisciplinares, apesar de o contexto ter sido bastante diferente.

Na Unidade de Convalescência, a participação nas reuniões multidisciplinares permitiu-me conhecer e colaborar com a equipa multidisciplinar e desenvolver igualmente competências comunicacionais. Essas reuniões permitiram conhecer de forma global as pessoas internadas na Unidade de Convalescência, o seu plano terapêutico e a respetiva evolução e avaliação

desse mesmo plano. Todos os intervenientes dão o seu *feedback* de forma a perceber a evolução clínica, a sua situação social e psicológica, o seu nível de dependência nos autocuidados e a sua evolução na recuperação. Em conjunto, estas informações permitem uma avaliação do plano terapêutico e estabelecer novos objetivos, se necessário, o que muitas vezes se verificava.

Além disso, neste contexto, tive oportunidade de estabelecer relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador nos contactos proporcionados pelas reuniões familiares, tentando, nestes momentos, identificar necessidades e implementar estratégias exequíveis com vista à prevenção de complicações e adaptação ao processo de transição saúde-doença para a obtenção de qualidade de vida. Procurei auxiliar no impacto que o processo de doença vivenciado gera a nível familiar, bem como ao nível da gestão e dinâmica familiares.

No contexto do ensino clínico realizado na consulta Eras® também existiu a oportunidade de participar sempre que eram realizadas reuniões multidisciplinares, fosse no contexto da consulta de pré-habilitação ou no contexto de formação e assessoria a novos grupos de implementação das Guidelines Eras.

Todas as semanas, após a realização das diferentes consultas de pré-habilitação, a equipa multidisciplinar reunia e realizava um *debriefing*. Neste momento eram abordados os diferentes problemas detetados por cada um dos elementos da equipa sobre cada um dos doentes observados (anestesiologia, enfermagem médico-cirúrgica e de reabilitação, fisioterapia, nutrição e serviço social). Toda a informação recolhida nesta reunião permitia incluir o doente discutido em um de dois grupos: apto ou não apto para cirurgia. Se o doente fosse considerado não apto era determinadas quais as estratégias a implementar para otimizar o doente e torna-lo apto para cirurgia (reconciliação terapêutica, correção de anemia, consulta de desabitação tabágica e/ou alcoólica, consultas de especialidade, etc.). Também era um momento de detetar eventuais situações na rede de apoio do doente que necessitassem de encaminhamento social.

Foi demonstrado que os *debriefings* clínicos de rotina melhoram a comunicação, a reflexividade da equipa e a segurança em contextos clínicos (Paquay et al., 2025).

No contexto de formação e assessoria a novos grupos de implementação das Guidelines Eras também procurei sempre dar a minha contribuição sempre que fosse possível.

Apesar de estar a participar como observadora, esta experiência permitiu desenvolver competências de enfermeira especialista, refletindo e partilhando experiências pessoais e contribuindo para o crescimento mútuo, uma vez que também já tinha realizado o mesmo caminho na minha própria instituição. Enquanto enfermeira da equipa Eras® colorretal fiz o

mesmo percurso que aquelas equipas estavam a percorrer e consegui ir partilhando a minha experiência pessoal.

A participação em reuniões de serviço multidisciplinares, em reuniões familiares e em ambiente de consulta de enfermagem permitiu-me trabalhar algumas competências, mas a que saliente é a gestão da comunicação interpessoal que sustenta a relação terapêutica. Face à realidade experienciada nos ensinamentos clínicos pude trabalhar a comunicação interpessoal, quer na equipa multiprofissional, quer com a pessoa/família.

Existiu a oportunidade de realizar formação na minha própria instituição, inserida num Projeto Institucional dos Padrões da Qualidade – Cuidados Centrados na Pessoa/Comunicação e essa formação contribuiu para o desenvolvimento da comunicação e da relação interpessoal (anexo 8).

Desta forma, as Competências em Comunicação assumem-se como fundamentais para a prática de cuidados centrados nas necessidades individuais de cada Pessoa.

Na unidade de competência “lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos”(Regulamento n.º 429/2018, 2018b, p. 19369) tinha como proposta realizar, se possível, turno de observação no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da ULS na Unidade de Convalescença. Esta proposta acabou por não se concretizar da forma esperada. Realizei alguns turnos com o elo de ligação do serviço com o PPCIRA, porém não foi possível a realização de observação de nenhum momento de auditoria aos cuidados e práticas, uma vez que devido à fusão desta unidade hospitalar na ULS, no período que decorreu o estágio ainda não tinham sido realizadas nenhuma auditorias do ano de 2024, por falta de nomeação de Elos de Ligação.

Esse objetivo acabou por se concretizar no ensino clínico da consulta Eras®, uma vez que a minha enfermeira Tutora era elo de ligação do PPCIRA no serviço de cirurgia A. Durante um turno estivemos a realizar auditoria à higiene das mãos das diferentes classes profissionais.

De acordo com as recomendações da norma relativa a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, as unidades de saúde, através dos GCL-PPCIRA, devem designar profissionais de saúde com formação e treino em controlo de infeção e em observação da Higiene das Mãos com o objetivo de monitorizar a adesão dos profissionais de saúde, através do Formulário de Observação de Higiene das Mãos (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Sabe-se que uma das principais vias de transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes é a do contacto (direto ou indireto) através das mãos e na maioria dos casos de transmissão cruzada, as mãos dos profissionais de saúde constituem o

principal veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas ou para locais do corpo habitualmente estéreis (Direção-Geral da Saúde, 2019).

A Higiene das Mãos estando integrada no conjunto das Precauções Básicas de prevenção e controlo da infeção, constitui a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção. Todos os profissionais de saúde têm o dever ético e deontológico de higienizar as mãos no âmbito da prestação de cuidados de saúde, de acordo com o modelo dos “5 momentos” preconizado pela Organização Mundial de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Um dos objetivos para este ensino clínico a que me propus era desenvolver a minha prática clínica junto da pessoa/família em situação crónica, conforme as competências teóricas previamente adquiridas na área do controlo e prevenção de infeção. Assim procurei que a minha prática seguisse sempre as normas e seguindo as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Uma situação em que partilhei os conhecimentos que tinha com a restante equipa da Unidade de Convalescença, foi na aplicação da norma da DGS sobre avaliação de risco e rastreio de Enterobacteriales produtores de carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento. Uma doente internada na Unidade de Convalescença teve de ser transferida para outro hospital dentro da ULS num episódio de urgência, onde lhe foi realizado na admissão os rastreios de EPC e SAMR. Nesse rastreio, foi detetada a presença de SAMR, tendo iniciado o protocolo de descolonização de SAMR. A Unidade de Convalescença foi informada da transferência da doente e do rastreio positivo e respetivo início do protocolo de descolonização. A doente estava internada numa enfermaria de 3 camas, com outras duas doentes, que já se encontravam internadas com ela antes de recorrer à urgência, logo existia a possibilidade de poderem estar igualmente infetadas.

Perante esta situação e face ao desconhecimento dos colegas presentes no turno partilhei a norma da DGS relativa às medidas a adotar nestas situações.

Após a obtenção dos resultados dos testes realizados, na presença de testes de rastreio de EPC negativo e de SAMR positivo devem ser aplicadas as precauções adicionais de contacto e descolonização de SAMR (Direção-Geral da Saúde, 2023).

O risco associado aos cuidados de enfermagem está sempre presente, mas pode ser minimizado com o conhecimento das potenciais ameaças e a adoção de medidas de proteção adequadas a cada situação. Assim, é necessário que os enfermeiros tenham conhecimento dos riscos a que estão sujeitos na sua prática profissional, bem como das medidas preventivas que devem adotar.

As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) permitem prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não, com vista a salvaguardar a segurança do doente, do profissional de saúde e de todos os que recorrem aos serviços de saúde. As PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos, sendo necessário em casos específicos medidas adicionais – Precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas), que são complementares às Precauções Básicas, mas não as substituem (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Torna-se importante, tal como se verificou na situação descrita anteriormente, a nomeação de elos de ligação com o PPCIRA nas equipas, que sirvam como agente promotor de educação e implementação das normas de boas praticas, com vista a assegurar que todos os profissionais recebem formação e treino sobre todos os componentes das precauções básicas de prevenção e controlo da infeção e têm acesso às normas existentes.

**Outra competência específica nos cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica é maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica**

Ponderando os contextos de atuação e a diversidade de intervenções terapêuticas, o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção.

- Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica;
- Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação;
- Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.

Para cumprir os objetivos que delineei na competência específica - Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, propôs-me a desenvolver algumas atividades no âmbito dos ensinamentos clínicos na Unidade de Convalescência e na Consulta Eras® (apêndice 1 e apêndice 2).

Uma das atividades propostas foi acompanhar um doente e observar do ponto de vista do doente a realização do percurso de pré-habilitação. A pré-habilitação multimodal do doente oncológico submetido a cirurgia digestiva é a minha área de interesse e a área de investigação, que será abordada no próximo capítulo, logo fazia sentido a escolha de um doente do foro oncológico.

Num dos dias de consulta de pré-habilitação acompanhei um doente no seu percurso de pré-habilitação para cirurgia hepática. O Sr. M., de 58 anos, aguardava uma hepatectomia direita alargada ao segmento IV por metastização hepática, com um diagnóstico inicial de adenocarcinoma do colon sigmoide estenosante. No período em que realizava quimioterapia neoadjuvante, devido a um quadro de sub-oclusão, foi intervencionado de urgência na instituição de saúde da sua área de residência, tendo sido submetido a uma cirurgia de Hartmann. Era independente nos autocuidados, inclusive nos cuidados à ostomia de eliminação.

A atual cirurgia proposta causava bastante ansiedade devido à sua experiência anterior, uma vez que foi uma intervenção de urgência, para a qual não estava preparado, e teve um período de internamento de 3 semanas por complicações pós-operatórias.

Residia com a companheira e tinha uma filha do anterior relacionamento, mas que não vivia próximo, não podendo por isso dar apoio. Referiu igualmente que a companheira não estava a conseguir gerir a sua ansiedade face à sua doença, motivo pelo qual tinha vindo sozinho à consulta. Era operário fabril e estava de baixa desde o diagnóstico.

Não sabia o que vinha fazer nesta consulta de pré-habilitação e não percebia qual a necessidade de tantas consultas, uma vez que já tinha sido operado anteriormente e “não foi nada assim”. Acompanhei-o durante todo o circuito de pré-habilitação e fui explicando a importância de cada uma das consultas e da adesão ao regime terapêutico.

Foi muito importante perceber o *feedback* do doente ao longo do percurso e verificar que em muitos aspetos coincidia com a minha própria avaliação do circuito.

O doente destacou como muito positivo a importância de ser “preparado com tempo” para a cirurgia, algo que não tinha acontecido na primeira cirurgia, o empenho dos diferentes profissionais em todo o percurso pré-operatório e quais as estratégias que deveria adotar para se preparar para a cirurgia. Conseguiu esclarecer muitas dúvidas que tinha acerca do período perioperatório e referiu que a ansiedade que tinha inicialmente foi reduzindo à medida que ia tendo acesso às informações que os diferentes profissionais lhe iam transmitindo. Além disso salientou que provavelmente faria sentido fazer uma consulta deste género antes dos tratamentos neoadjuvantes.

Efetivamente, esta opinião do doente ia de encontro aos resultados recentes de um estudo sobre a opinião dos doentes e dos prestadores de cuidados sobre as prioridades de investigação em matéria de pré-habilitação para a cirurgia oncológica. Neste estudo verificou-se que a pré-habilitação durante as terapias neoadjuvantes estava entre as três principais prioridades de investigação para os doentes, no entanto, não atingiu um grande consenso por parte dos peritos e dos prestadores de cuidados. Estas classificações dos doentes refletiam

provavelmente o impacto significativo que as terapias neoadjuvantes tem no quotidiano e no seu bem-estar geral (Vu et al., 2024).

Como pontos negativos destacou o tempo de duração do percurso de pré-habilitação, apesar de salientar que preferia fazer tudo no mesmo dia para não ter de voltar a deslocar-se à instituição e que a consulta de enfermagem pré-operatória deveria ter sido a primeira consulta e não a última do percurso.

Efetivamente esta foi uma das opiniões que eu também partilhei com o doente. É na consulta de enfermagem que é explicado o objetivo da pré-habilitação, o protocolo e o percurso perioperatório. Por isso, para o doente, faria sentido esta ter sido a primeira consulta algo que não acontece sempre porque os diferentes profissionais estão em simultâneo a realizar as respetivas consultas.

Na reunião final de *debriefing*, todos os profissionais esperavam escutar a minha apreciação e o *feedback* do doente, uma vez que todos sabiam que ia acompanhar o doente nas diferentes consultas. Todos partilharam a minha opinião que, independentemente do profissional que iniciasse a pré-habilitação, era importante explicar ao doente qual era o objetivo da pré-habilitação para existir coerência nas diferentes consultas.

Outra das atividades propostas para a aquisição de competências foi a realização de teleconsultas nos períodos de *follow up*. Existem potenciais eventos adversos que podem ocorrer associados à administração de processos terapêuticos e por vezes detetava no contatos telefónicos de *follow up* pós-operatório existir a necessidade de efetuar processos de reconciliação terapêutica de modo a salvaguardar a segurança do doente.

Uma dessas situações ocorreu num dos contatos que realizei a um doente nas 48h após a alta. Verifiquei pelos antecedentes pessoais que era insuficiência renal crónica, a realizar hemodiálise como terapia de substituição renal. Percebi que lhe tinha sido prescrito heparina de baixo peso molecular (HBPM) pela prescrição de terapêutica no momento da alta. Habitualmente, é igualmente administrada heparina durante as sessões de hemodiálise que o doente realizava 3 vezes por semana. No contacto telefónico com o doente confirmei que estava a administrar a HBPM diariamente tal como prescrito pelo cirurgião assistente e que se encontrava nesse momento a realizar a sessão de hemodialise com heparina, não tendo sido realizada reconciliação terapêutica. Dessa forma, contactei a nefrologista de serviço na clínica de hemodialise, que avaliou e efetuou a reconciliação terapêutica de acordo com a insuficiência renal do doente.

O processo de medicação envolve diferentes profissionais de saúde, principalmente médicos, farmacêuticos e enfermeiros, que trabalham em vários contextos. De salientar que um erro que ocorra em qualquer fase e que atinja um doente, pode resultar em danos e envolver todas

as pessoas relacionadas ao processo de utilização de medicamentos, bem como o sistema em que trabalham (World Health Organization, 2023b).

As instituições prestadoras de cuidados de saúde e onde exista gestão da medicação, são responsáveis por promover a implementação do processo de reconciliação da medicação nos momentos de transição de cuidados, nomeadamente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, os cuidados continuados (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas), o domicílio, e outras consultas externas em diferentes prestadores de cuidados (Norma nº 18/2016, Atualizada a 01/03/2024).

Torna-se assim essencial implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde. Deve-se promover a utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica, através da implementação de práticas de verificação uniformizadas no âmbito das práticas seguras, por recurso a ferramentas digitais (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Uma das unidades de competência do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica é precisamente gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

De acordo com o mesmo regulamento compete-lhe intervir como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem, salvaguardar as questões de segurança na administração dos processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação, fomentar a cultura de segurança dos cuidados especializados monitorizar os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo medidas preventivas e reconhecer situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais.

Para desenvolver esta competência específica, nas atividades a desenvolver no projeto do Ensino Clínico propus-me a elaborar um Estudo de Caso descrito anteriormente neste relatório (apêndice 9) e a promover a implementação de estratégias na segurança do doente em colaboração com a Enfermeira tutora, tendo aprofundado os meus conhecimentos nas áreas da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e Segurança na medicação e proposto a realizar formação à equipa, também já descrito anteriormente (apêndice 5 e apêndice 6).

A outra atividade a que me propus e que vinha dar resposta ao critério de avaliação das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à

Pessoa em Situação Crónica “Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e integração de medidas terapêuticas” foi a realização de turnos com a enfermeira tutora na consulta de Feridas Complexas.

Inicialmente, quando me foi proposta a realização do Ensino Clínico na Unidade de Convalescência, não imaginei existir a oportunidade de estar presente nesta consulta nem o que viria a aprender na mesma e que levarei para a minha prática especializada. Face à alteração do contexto do ensino clínico, procurei encontrar as oportunidades de aprendizagem possíveis e as suas potencialidades e confesso que foi onde mais aprendi e onde mais gostei de aprender.

Esta consulta, apesar do seu nome, claramente é uma consulta de acompanhamento de doentes crónicos, em que o processo de agudização de doenças crónicas tem uma influência direta no processo de cicatrização. Os enfermeiros que exercem funções nesta consulta têm de ser detentores de um vasto conhecimento em múltiplas patologias e os seus ensinamentos incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família/ cuidador para a vivência da(s) doença(s) crónica(s).

O projeto da Consulta de Feridas Complexas inicialmente apenas decorria as 2<sup>af</sup>, 4<sup>af</sup> e 6<sup>af</sup> durante duas horas. Face à procura, alargou os horários para 8h, decorrendo atualmente de 2<sup>af</sup> a 6<sup>af</sup> das 9h às 17h. Os doentes podem ser referenciados pelos cuidados de saúde primários, internamentos ou consultas nos hospitais.

Como já descrito anteriormente, o objetivo é multiplicar o projeto que inicialmente surgiu nesta unidade de saúde, noutras unidades dentro da ULS para responder em proximidade à elevada prevalência de pessoas com feridas complexas, através de equipas diferenciadas e descentralizadas, com o apoio e formação desta equipa original.

A maioria das Lesões tratadas são úlceras venosas de perna. Desde a licenciatura que não tinha a oportunidade de realizar tratamentos a este tipo de lesão e não sabia realizar terapia compressiva. Por isso, além do que aprendi ao longo dos turnos que realizei nesta consulta, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos através de pesquisa.

As úlceras crónicas dos membros inferiores afetam 1-3% da população e o seu tratamento é dispendioso e exige muitos recursos dos serviços de saúde. A etiologia venosa contribui para cerca de 70% de todas as úlceras crónicas da perna (Parker et al., 2022; Senft et al., 2022).

As feridas crónicas dos membros inferiores podem ser divididas em seis categorias principais: venosa, arterial, mista venosa e arterial, pé diabético, por pressão e úlceras atípicas. No entanto, existem cada vez mais feridas com multietiologia e um diagnóstico não exclui outro.

No contexto clínico, não é invulgar um doente que sofrer de insuficiência arterial e venosa e apresentar também uma ferida com uma causa atípica (Isoherranen et al., 2023).

Neste contexto tive a oportunidade de ver a avaliação inicial de uma doente na consulta de feridas complexas, onde lhe foi avaliado o Índice de Pressão Tornozelo-Braquial (IPTB), para diagnóstico de possível Doença Arterial Periférica (DAP) e realizado doppler para pesquisa do pulso pedioso dorsal e do pulso tibial posterior.

Consegui avaliar a evolução da cicatrização de vários doentes que fui acompanhando ao longo do ensino clínico. Como a maioria dos doentes acompanhados em consulta não tem contraindicação do uso de terapia compressiva, tive a oportunidade de aprender e aplicar várias vezes esta técnica.

Globalmente, a terapia de compressão deve ser utilizada, se não existirem contraindicações, desde a primeira consulta para o tratamento das úlceras da perna (Isoherranen et al., 2023).

Não tive oportunidade de ver a utilização de plasma autólogo rico em plaquetas em úlceras da perna apesar de também ser utilizado nesta consulta.

Viver com feridas crónicas é difícil, muitas vezes ao ponto da devastação, e os efeitos adversos influenciam múltiplas áreas da vida do doente, incluindo a parte financeira, a qualidade de vida, bem-estar, a vida profissional e a interação social (Isoherranen et al., 2023; Parker et al., 2022; Senft et al., 2022)

Na maioria dos estudos internacionais, a dor e a presença permanente de ligaduras foram considerados os fatores físicos mais angustiantes. De acordo com os doentes os seus principais desejos, por ordem decrescente de importância, antes do tratamento eram: estar curado das lesões, estar sem dor, ser menos dependente de consultas médicas, ser capaz de levar uma vida normal, ter confiança na terapia, ausência de exsudato na ferida, sem odor, sem receio de agravamento da condição, ser capaz de encontrar um diagnóstico e uma terapia e de ter mais prazer na vida (Isoherranen et al., 2023).

Durante os turnos que realizei na consulta, o que os doentes mais verbalizavam eram a dor e o seu desejo de verem a lesão finalmente cicatrizada. Habitualmente são doentes que tem a lesão há bastante tempo, alguns deles com anos de evolução e que muitas vezes já recorreram a diferentes estratégias de tratamento sem sucesso, o que impacta na sua vida pessoal, profissional e social. Referem frequentemente a perda de qualidade de vida e as limitações que uma ferida crónica implica na mesma.

As feridas causam dor e os tratamentos comuns como desbridamento, a substituição de pensos, enxertos de pele e outros tratamentos causam dor adicional. Além disso, a dor no tratamento de feridas está intimamente relacionada com a ansiedade, que a agrava. O

tratamento inadequado da dor também afeta a cicatrização da ferida e a recuperação da doença, pelo que a sua gestão efetiva é crucial. No entanto, estudos recentes demonstraram que muitas vezes a gestão da dor é insatisfatória (Shi et al., 2023).

Existiu sempre da minha parte a procura de controlar a dor aos doentes com ferida crónica e não apenas no momento da realização do tratamento à ferida. Na realização do tratamento considera-se sempre a aplicação de anestésico local. Sendo isso uma preocupação minha quando realizava os tratamentos às feridas, várias vezes verifiquei que a minha Enfermeira Tutora solicitou a colaboração médica no sentido de medicar o doente para o domicílio para controlar a dor.

Terminando este período de aprendizagem e ao refletir sobre o processo, acredito que, apesar dos percalços encontrados no caminho, consegui abrir a mente e encontrar as oportunidades, o que me permitiu a aquisição de competências para me aperfeiçoar enquanto enfermeira especialista e que permitirão modificar a minha prática enquanto profissional no meu contexto laboral.

Sair da zona de conforto para um ambiente desconhecido obriga a abrir os horizontes, a ser flexível e adaptável, a refletir sobre os cuidados prestados, promovendo uma atualização constante dos conhecimentos e a adquirir novas competências com necessidade de adaptação a novos profissionais, metodologias, materiais, espaços, técnicas, horários e normas.

Outras das implicações que estes ensinamentos clínicos proporcionaram foi o intercâmbio de conhecimentos entre profissionais contribuindo para a aquisição de um manancial de conhecimentos. Existiu a oportunidade de me relacionar com os profissionais dos outros serviços, com estudantes de outras especialidades e de outras escolas, médicos, outros técnicos de saúde e assistentes de ação médica, o que foi muito benéfico.

Ao longo deste relatório procurei assumir e identificar as limitações e insuficiências que, de algum modo, caracterizaram este ensino clínico. A dificuldade em conjugar o papel de aluna com a vida pessoal e com a vida profissional são exemplos dessas dificuldades. Porém, os conhecimentos proporcionados pelas Enfermeiras Tutoras e pelas equipas, a sua abertura e compreensão, o acompanhamento feito pelos respetivos Professores, conjugados com o interesse desenvolvido pela área em questão foram um reforço positivo para ultrapassar todos os contratemplos. Considero que consegui atingir de forma global os objetivos a que me propus, procurando ajustar-me perante as dificuldades e encontrando as oportunidades.

### 3. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

#### **Pré-habilitação de doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva: uma revisão *scoping***

**Autores:** Ana Rosete de Oliveira; Paulo Alexandre Carvalho Ferreira; Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

#### **Resumo**

**Introdução:** A pré-habilitação multimodal consiste numa abordagem multidisciplinar que integra diferentes intervenções no período pré-operatório tais como exercício físico, apoio nutricional, treino psico-cognitivo numa combinação de duas ou mais destas intervenções com evidentes melhorias na recuperação funcional em doentes submetidos a cirurgia.

**Objetivo:** Mapear as intervenções incluídas nos programas de pré-habilitação em cirurgia digestiva oncológica e identificar os benefícios da implementação desses programas nos doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva.

**Métodos:** Realização de revisão *scoping*, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) com a questão de investigação: “Qual a evidência científica sobre a implementação de programas de pré-habilitação em doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva?”. Foram pesquisados artigos nas bases de dados PubMed (MEDLINE) e CINAHL complete e a literatura cinzenta no RCAAP publicados entre 2020 e 2024. Foram incluídos artigos cujo o foco fosse exclusivamente a pré-habilitação multimodal em doentes adultos submetidos a cirurgia digestiva.

**Resultados:** Das 111 referências identificadas, 10 estudos cumpriram os critérios de inclusão definidos. Em todos os programas de pré-habilitação foram incluídas intervenções de nutrição e exercício físico, sendo que a maioria incluiu igualmente intervenção de redução da ansiedade e desabitação tabágica. Relativamente aos benefícios para o doente, os resultados encontrados demonstram uma taxa de complicações significativamente mais baixa nos doentes submetidos a um programa de pré-habilitação, existindo menos complicações graves e médicas no período pós-operatório, redução do tempo de internamento hospitalar e existe uma recuperação pós-operatória otimizada em comparação com os cuidados habituais.

#### **Conclusão:**

As intervenções dos diferentes programas de pré-habilitação eram heterogéneas, mas todos os programas incluíram intervenções de atividade física e nutrição. Os estudos evidenciam que a participação dos doentes oncológicos do foro digestivo num programa pré-operatório

multimodal reduz a incidência de complicações graves e médicas e melhora a capacidade funcional perioperatória.

Alguns estudos recentes sugerem que a investigação futura no domínio da pré-habilitação deve centrar-se na seleção adequada de doentes cirúrgicos oncológicos de alto risco e fornecer uma pré-habilitação personalizada e multimodal, com monitorização objetiva do seu progresso ao longo do programa.

### **Palavras chave**

“Digestive system neoplasms”; “prehabilitation in cancer”; “Surgery, Digestive System”; “Enhanced Recovery After Surgery”

## **1. INTRODUÇÃO**

A incidência de cancro na Europa é de um quarto de todos os casos a nível mundial, com taxas que deverão aumentar mais de 24% até 2035. Os cancros digestivos são a principal causa de mortalidade relacionada com o cancro na Europa, com mais de 350 000 mortes por ano devido ao cancro gástrico, hepático, pancreático e colorretal (Singal et al., 2023).

O Carcinoma Colorretal ocupa o terceiro lugar de malignidade mais comum em incidência, com mais de 1,9 milhão de novos casos, sendo o segundo em mortes relacionadas ao cancro atribuído a lesões metastáticas. É o segundo tipo de cancro mais comum nas mulheres e o terceiro mais comum nos homens, com mais de 150 000 mortes por ano. O cancro hepático é a terceira causa mais frequente de mortalidade relacionada com o cancro a nível mundial, com 78 000 mortes por ano na Europa. Relativamente aos tumores gástricos prevê-se que o número de mortes aumente nos próximos 20 anos, apesar de 40% dessas mortes poderem ser evitáveis; e para tumores do pâncreas a taxa de sobrevivência global é inferior a 10% (Singal et al., 2023; Hao et al., 2022; United European Gastroenterology, 2022).

Em Portugal, as doenças oncológicas representam a segunda causa de mortalidade e a principal causa de anos de vida potencialmente perdidos, ajustados para a morbilidade (Direção-Geral da Saúde, 2021).

Apesar dos contínuos avanços cirúrgicos e anestésicos, o tratamento invasivo do cancro continua a ser um desafio que exige aos doentes uma grande resistência fisiológica e psicológica, mesmo na ausência de complicações pós-operatórias. Nos doentes com baixas reservas fisiológicas e psicológicas, o diagnóstico e o tratamento do cancro, incluindo a cirurgia, podem levar à deterioração do funcionamento físico. Após o tratamento, os baixos níveis de atividade física dos doentes resultam num maior declínio do funcionamento físico,

diminuindo a capacidade aeróbica e a função muscular, o que representa uma barreira para uma rápida recuperação do funcionamento físico (Thomas et al., 2019).

Um diagnóstico representa uma mudança significativa no quadro clínico para a maioria dos doentes e apresenta uma oportunidade para a educação, o aconselhamento e o planeamento avançado de cuidados, que habilitem o profissional e a pessoa no ajuste de expectativas. Nesta fase é fundamental discutir incertezas e reconhecer a importância do atendimento e acompanhamento oportunos a fim de facilitar a tomada de decisão compartilhada e incorporar os valores pessoais dos doentes nas escolhas terapêuticas (Singal et al., 2023).

O conceito de pré-habilitação não é consensual, nem apresenta uma única definição. Habitualmente consiste numa abordagem multidisciplinar que integra diferentes especialidades como cirurgia, anestesiologia, enfermagem especializada, nutrição, medicina física e reabilitação, geriatria entre outras especialidades. A pré-habilitação multimodal pode ser definida como a incorporação de dois ou mais componentes de intervenção especificamente selecionados pelos seus potenciais efeitos cumulativos ou sinérgicos nos resultados de saúde e corresponde à preparação dos doentes no período pré-operatório (Santa Mina et al., 2021; Jensen & Baldini, 2022; McIsaac et al., 2022).

As intervenções multimodais de pré-habilitação incluem uma combinação de elementos como treino aeróbico e de resistência para atenuar o descondicionamento cardiorrespiratório e músculo-esquelético; intervenções dietéticas para otimizar desnutrição relacionada com a doença e/ou o tratamento e suportar o anabolismo e o custo metabólico do exercício; intervenções psicológicas para reduzir o stress e a morbilidade associada; cessação de consumos (abuso de álcool, tabagismo); otimização médica (avaliação/tratamento da anemia, correções da medicação); aconselhamento comportamental para apoiar a adesão ao programa no contexto pré-operatório e estabelecer competências de auto-gestão para a manutenção de comportamentos de saúde a longo prazo (Santa Mina et al., 2021).

O objetivo de um programa de pré-habilitação é, não só reduzir a morbilidade associada à intervenção cirúrgica, mas também restaurar rapidamente o nível de funcionalidade do doente. Infelizmente, não existe uma abordagem e recomendações padronizadas, com a intenção de fornecer uma via clínica baseada em diretrizes para otimizar o estado funcional dos doentes antes da cirurgia (Minnella et al., 2020).

Existem resultados encorajadores em revisões sistemáticas sobre a pré-habilitação em cirurgia oncológica como evidência de melhorias na recuperação funcional, manutenção da massa magra, tempo de permanência no hospital, taxas de complicações cirúrgicas e qualidade de vida relacionada com a saúde (Thomas et al., 2019; Santa Mina et al., 2021).

O programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) além dos resultados finais, como diminuição do tempo de internamento, diminuição de reinternamentos e diminuição das complicações pós-operatórias, contribui para uma mudança na atitude dos doentes. Preconiza a transição de paradigma do conceito de *sick patient* para *empowered patient*, incentivando uma participação ativa do doente no processo cirúrgico e recuperação (Herbert et al., 2017).

Um estudo recente que analisou 13 diretrizes da Sociedade Eras® apenas identificou 5 diretrizes que recomendavam a pré-habilitação, com níveis de recomendação a variar de forte a moderado (Gillis, Ljungqvist, et al., 2022).

Na *Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations* de 2018, o grau de recomendação de um programa de pré-habilitação foi considerado fraco, mas referiam que a pré-habilitação apresentava resultados prometedores na recuperação da capacidade funcional e poderia reduzir as complicações após a cirurgia colorrectal (Gustafsson et al., 2019).

Na mais recente *Guidelines for Perioperative Care for Liver Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations* de 2022, os autores consideram que a pré-habilitação deve ser efetuada em doentes de alto risco (idosos, desnutridos, com excesso de peso, fumadores ou com perturbações psicológicas). No entanto também referem que o tipo de programa (exercícios físicos, intervenções dietéticas ou exercícios de redução da ansiedade) bem como a duração do programa de pré-habilitação não estão claramente estabelecidos (Joliat et al., 2023).

Jensen & Baldini (2022) sugerem que, em doença oncológica, a pré-habilitação deveria realizar-se imediatamente após o diagnóstico, permitindo direcionar e adaptar as intervenções ao doente, identificar oportunamente doentes de alto risco, possibilitando uma otimização atempada para não atrasar o momento cirúrgico. Um programa que contemple a avaliação do risco individual, as preferências do doente e o tempo pré-operatório disponível tendo em conta a progressão da doença oncológica, pode ser a chave para o sucesso de uma intervenção perioperatória específica adaptada ao doente.

Atualmente, a tendência é o acompanhamento por uma equipa multidisciplinar nas quais os doentes são atendidos simultaneamente por várias especialidades, sendo essencial a presença do enfermeiro num modelo de enfermeiros navegadores ou gerentes de caso/coordenadores de cuidados (Singal et al., 2023).

Neste sentido, os enfermeiros são o pilar de apoio em muitas áreas do sistema de saúde. No domínio da pré-habilitação, é essencial uma combinação de cuidados ao doente, conhecimentos médicos e capacidades de gestão para modificar a via perioperatória. A

equipa de enfermagem está idealmente posicionada para desenvolver e executar um programa de abordagem clínica de pré-habilitação eficaz (Engel, 2022).

Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica é um dos enfermeiros com maior capacidade para atuar junto destes doentes, uma vez que dentro das suas competências específicas compete adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Para que as pessoas sejam capazes de assumir a responsabilidade do seu autocuidado, devem conhecer os seus próprios valores, necessidades e objetivos, assim como possuir conhecimentos sobre a doença e o seu tratamento. Desta forma, quebra-se o paradigma da educação tradicional, pautada pela transmissão de informação relacionada especificamente com a doença e com perícias técnicas, com os cuidados a serem centrados na pessoa. O papel do enfermeiro é o da capacitação para a autogestão da doença e do regime terapêutico, desenvolvendo o máximo potencial de empowerment da pessoa, com o recurso a estratégias adequadas na capacitação para a resolução de problemas, para a mudança comportamental e implementação de comportamentos de autocuidado (M. R. Sousa & Bastos, 2021).

Para avaliar corretamente os efeitos da pré-habilitação em cirurgia digestiva oncológica, parece essencial avaliar qual o conteúdo dos programas de pré-habilitação e os benefícios da aplicação dos mesmos nos resultados pós-operatórios.

Assim, a questão de investigação deste estudo foi “Qual a evidência científica sobre a implementação de programas de pré-habilitação em doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva?”.

O objetivo deste estudo era mapear as intervenções incluídas nos programas de pré-habilitação em cirurgia digestiva oncológica e identificar os benefícios da implementação desses programas nos doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

Para orientar a realização desta revisão *scoping*, foram seguidas as diretrizes estabelecidas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris et al., 2024).

O modelo 'População-Conceito-Contexto'(PCC) do JBI foi aplicado no desenvolvimento da questão de investigação e os resultados foram sintetizados seguindo o PRISMA-ScR (Aromataris et al., 2024; Tricco et al., 2018).

## 2.1. Critérios de Inclusão

Os critérios tidos em conta para incluir o artigo e para excluir são apresentados na tabela 1.

Para mapear a pré-habilitação de doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva os autores consideraram todas as fontes de informação incluindo ensaios randomizados e não randomizados, estudos observacionais, incluindo estudos de coorte prospetivos e retrospectivos, estudos observacionais descritivos e estudos transversais descritivos. Para além disso foram também considerados estudos qualitativos, revisões sistemáticas e meta-análises. Foi definido um espaço temporal dos últimos 5 anos (2020-2024) uma vez que as primeiras diretrizes clínicas com recomendações de programas de pré-habilitação foram publicadas recentemente.

**Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão**

Parâmetro	Critério de inclusão	Critério de exclusão
Idioma		Artigos publicados em línguas sem acesso a tradução
Foco de estudo	Estudos cujo foco seja a pré-habilitação multimodal em cirurgia digestiva de doentes oncológicos	Estudos que incluam populações pediátricas
Disponibilidade		Texto completo não disponível.
Desenho do estudo	Estudos de investigação primária, revisões sistemáticas, meta-análises	Artigos de opinião, editoriais, atas de conferências, websites
Espaço temporal	5 anos	

## 2.2 População

Esta revisão *scoping* considerou todos os estudos cujo foco sejam doentes oncológicos adultos (com idade igual ou superior a 18 anos) submetidos a cirurgia do foro digestivo que tenham participado num programa de pré-habilitação multimodal fornecido por qualquer profissional de saúde.

## 2.3. Conceito

Esta investigação centrou-se em programas de pré-habilitação multimodal enquanto estratégia potenciadora da adesão, capacitação para a autogestão da doença e do regime terapêutico assim como diminuição do tempo de internamento, diminuição de reinternamentos e diminuição das complicações pós-operatórias.

Incluíram-se sessões presenciais, de educação online, individual ou em grupo, sessões únicas ou múltiplas, ministradas por um ou mais profissionais de saúde.

## **2.4. Contexto**

Para o contexto da revisão foram incluídos todos os estudos desenvolvidos em locais físicos onde possa ocorrer os programas de pré-habilitação tais como ambulatório, internamento hospitalar, hospital de dia, domicílio ou clínicas na comunidade.

## **2.5. Estratégia de pesquisa**

Foi realizada uma pesquisa piloto na PubMed para identificar artigos sobre o tema, permitindo identificar palavras-chave e termos indexantes. Posteriormente foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa na base de dados PubMed.

Além disso, a estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos indexantes, foram adaptados tendo em conta a especificidade de cada base de dados.

As bases de dados escolhidas e pesquisadas para este protocolo de revisão foram PubMed (MEDLINE) e CINAHL complete por permitirem uma pesquisa abrangente, mas de fácil gestão entre o período de 1 de novembro de 2024 e 08 de dezembro de 2024. A pesquisa é apresentada em apêndice na Tabela 2.

A pesquisa bibliográfica foi complementada pela análise das listas de referências dos estudos incluídos e da pesquisa de fontes de literatura cinzenta no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), bem como atas de conferências e resumos publicados por revistas e organizações e *guidelines* emitidas por sociedades científicas.

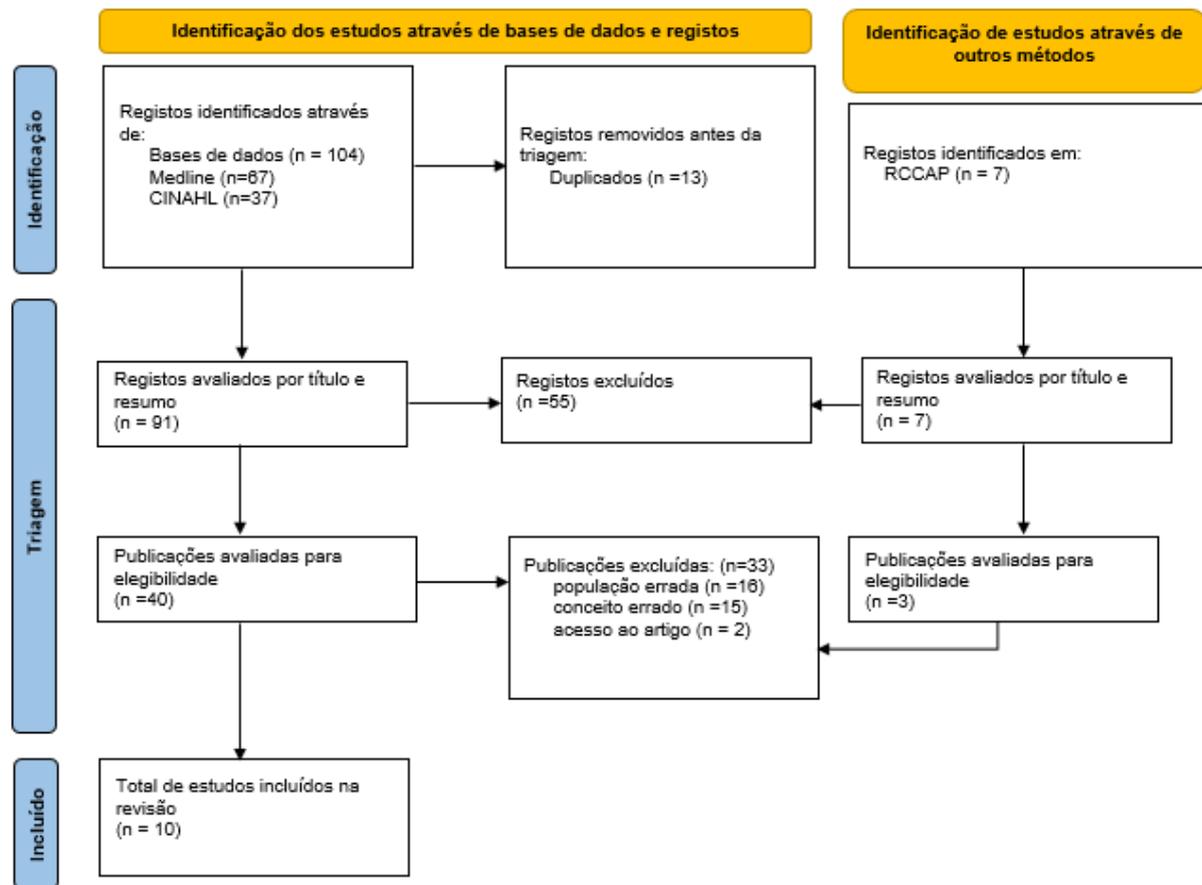
## **2.6. Seleção de estudos**

Após a pesquisa, todos os artigos identificados foram reunidos e carregados no software de gestão de citações Mendeley® e os artigos duplicados foram removidos. Os títulos e resumos foram selecionados por dois revisores, para avaliação de acordo com os critérios de inclusão. Os estudos potencialmente relevantes dentro dos critérios de inclusão foram recuperados na íntegra. Os mesmos revisores avaliaram o texto integral dos artigos selecionados em função dos critérios de inclusão e exclusão. Quaisquer divergências na fase de seleção dos estudos incluídos foram resolvidas pelo terceiro revisor. Os motivos para a exclusão de estudos com texto integral foram registados e descritos no diagrama de fluxo PRISMA-ScR (Figura 1) (Page et al., 2021).

A pesquisa efetuada nas diferentes bases de dados recuperou um total de 111 estudos. Posteriormente foram removidos 13 duplicados e após leitura de títulos e resumos foram selecionados para elegibilidade 40 estudos, tendo sido excluídos 71 estudos. Os restantes 40 estudos foram selecionados para leitura do texto integral, dos quais 10 cumpriam os critérios de inclusão. O fluxograma da seleção de estudos está apresentado na Figura 1.

**Figura 1.**

*Fluxograma da seleção de estudos*



## 2.8. Avaliação crítica

Khalil et al., (2016) e Peters et al., (2015) conforme citados por Peters et al., (2020) referem que as revisões *scoping*, têm como objetivo fornecer uma visão geral ou um mapa de evidências, não seguindo por isso um processo formal de avaliação metodológica para determinar a qualidade da evidência.

Assim, as revisões *scoping* não exigem uma avaliação crítica da qualidade dos estudos individuais ou a síntese dos resultados dado que o seu objetivo principal é identificar todos os estudos relevantes, fornecer uma descrição abrangente das evidências encontradas e identificar lacunas na investigação.

## 2.9. Extração e síntese de dados

Os dados quantitativos e qualitativos foram extraídos segundo a metodologia para revisões proposta pelo JBI (Peters et al., 2020).

Uma breve apresentação dos artigos selecionados pode ser encontrada na Tabela 3. Os artigos estão distribuídos por três continentes, o que a nível cultural pode ser importante para

compreendermos que os dados podem ter um viés ao nível da prática clínica quando transpostos para trabalhos realizados em Portugal. Foram encontrados oito artigos do continente europeu (A2, A3, A5, A6, A7, A8, A9), dois artigos do continente norte americano (A1, A4) e um artigo do continente asiático (A10).

### Tabela 3.

#### Artigos seleccionados

Título	Autor(es)	País/ ano	Tipo de estudo
<b>A1</b> -Effect of Multimodal Prehabilitation vs Postoperative Rehabilitation on 30-Day Postoperative Complications for Frail Patients Undergoing Resection of Colorectal Cancer A Randomized Clinical Trial	Carli et al.	Canadá/2020	Ensaio clínico randomizado
<b>A2</b> -Effect of home-based prehabilitation in an enhanced recovery after surgery program for patients undergoing colorectal cancer surgery during the COVID-19 pandemic	López-Rodríguez-Arias et al.	Espanha/2021	Ensaio clínico randomizado
<b>A3</b> -Effect of modifying high-risk factors and prehabilitation on the outcomes of colorectal cancer surgery: controlled before and after study	Bojesen et al.	Dinamarca/2022	Estudo observacional quasi-experimental
<b>A4</b> - Malnutrition modifies the response to multimodal prehabilitation: a pooled analysis of prehabilitation trials	Gillis et al.	Canadá/2022	análise combinada de ensaios clínicos originais
<b>A5</b> -Multimodal Prehabilitation in Patients Undergoing Complex Colorectal Surgery, Liver Resection, and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC): A Pilot Study on Feasibility and Potential Efficacy	Strijker et al.	Holanda/2023	Estudo piloto controlado
<b>A6</b> -Prehabilitation versus no prehabilitation to improve functional capacity, reduce postoperative complications and improve quality of life in colorectal cancer surgery	Molenaar et al.	Holanda/2023	Revisão sistemática
<b>A7</b> -Preoperative multimodal prehabilitation before elective colorectal cancer surgery in patients with WHO performance status I or II: randomized clinical trial	Bojesen et al.	Dinamarca/2023	Ensaio clínico randomizado
<b>A8</b> -Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery The PREHAB Randomized Clinical Trial	Molenaar et al.	Holanda/2023	Ensaio clínico randomizado
<b>A9</b> -Multimodal prehabilitation in elective oncological colorectal surgery enhances preoperative physical fitness: a single center prospective real-world data analysis	Ten Cate et al.	Holanda/2024	estudo de coorte prospetivo
<b>A10</b> -Prognostic impact of a 3-week multimodal prehabilitation program on frail elderly patients undergoing elective gastric cancer surgery: a randomized trial	Chen et al.	China/2024	Ensaio clínico randomizado

### 3. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em apêndice na Tabela 4, onde se apresentam as características dos estudos de pré-habilitação do tratamento cirúrgico do cancro digestivo e na Tabela 5, onde se apresentam os resultados da pré-habilitação para a cirurgia do cancro digestivo. Os dados extraídos incluem detalhes específicos sobre o desenho de estudo, a amostra do estudo, os objetivos, resultados assim como as limitações.

Os estudos de A1 a A9 tinham como população doentes oncológicos de carcinoma colorretal, apenas o estudo A10 tinha como população doentes com cancro gastroesofágico (tabela 4).

Quanto ao desenho dos estudos os artigos A1, A2, A7, A8 e A10 eram ensaios clínicos randomizados, o artigo A4 uma análise combinada de ensaios originais, o artigo A5 um estudo piloto controlado, o artigo A3 estudo observacional quasi-experimental, o artigo A6 uma revisão sistemática e meta-análise e o artigo A9 um estudo de coorte prospetivo (tabela 4).

O objetivo deste estudo era mapear as intervenções incluídas nos programas de pré-habilitação em cirurgia digestiva oncológica.

Relativamente ao conteúdo dos programas e tipos de intervenção, os estudos incluídos utilizaram a aplicação de programas de pré-habilitação multimodal multidisciplinares. Todos os estudos incluíram nas intervenções de pré-habilitação um programa de exercício físico e intervenção nutricional (tabela 5). Além disso, os estudos A1, A2, A4, A5, A6, A8 e A10 incluíram nos programas apoio psicológico, o estudo A9 utilizou um gestor de caso e os estudos A5, A6, A8, A9 e A10 incluíram um programa de apoio à cessação tabágica.

Em relação aos objetivos, os estudos A6, A7, A8 A9 e A10 pretendiam determinar os efeitos dos programas de pré-habilitação multimodal na capacidade funcional e os estudos A1, A2, A3, A6, A8 e A10 os efeitos nas complicações pós-operatórias. O estudo A5 visava determinar a viabilidade e eficácia de um programa multimodal em doentes com carcinoma colorretal metastizado e o estudo A10 pretendia avaliar se a pré-habilitação diminuía as complicações e a melhorava a recuperação funcional em idosos frágeis com carcinoma gástrico (Tabela 4).

A duração dos programas de pré-habilitação também variava. A maioria dos programas tiveram início cerca de quatro semanas antes exceto nos estudos A5, A9 e A10 que variavam entre 1 a 6 semanas antes da cirurgia (tabela 5).

Em relação aos resultados medidos, todos os estudos exceto o A4 avaliaram as complicações pós-operatórias medidas aos 30 dias. Outro dos resultados mais medido foi a capacidade funcional (A1, A4, A6, A7, A8, A9 e A10). O tempo de permanência no hospital também foi avaliado por todos os estudos exceto no A4, A7 e A10. Alguns dos resultados também avaliados foram as readmissões hospitalares nos estudos A1, A3, A6 e A8, os estudos A3 e A6 avaliaram a mortalidade, os estudos A2, A4, A7 e A8 o estado nutricional e os estudos A1, A2, A4, A6, A8 e A10 os scores de ansiedade e/ou qualidade de vida (tabela 4).

Em relação ao objetivo identificar os benefícios da implementação desses programas nos doentes oncológicos submetidos a cirúrgica digestiva, os resultados encontrados nos estudos A2, A3, A5, A6, A7, A8 e A10 demonstram que a taxa de complicações é significativamente mais baixa no grupo de pré-habilitação em comparação com o grupo de controlo.

Nos estudos A3, A5, A8 e A10 existiram menos complicações graves e médicas no pós-operatório, com o estudo A10 a verificar uma redução de 50% nas complicações consideradas graves. Nos estudos A2 e A5, um dos benefícios verificado foi a redução do tempo de

internamento hospitalar. Os resultados dos estudos A6 e A9 demonstraram a melhoria da aptidão pré-operatória e da capacidade funcional. No estudo A9 estas melhorias verificaram-se especialmente em doentes considerados menos aptos (tabela 5).

#### **4. DISCUSSÃO**

Os estudos incluídos nesta revisão *scoping* foram heterogéneos uma vez que, apesar de na sua maioria terem sido dirigidos à população do doente oncológico colorretal, tinham objetivos diferentes assim com programas de pré-habilitação diferentes na sua composição.

Estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados por Thomas et al., (2019) no seu estudo, que concluiu que o conteúdo dos programas de pré-habilitação também foi heterogéneo. No entanto os estudos com uma validade terapêutica elevada encontraram provas inequívocas de que a pré-habilitação tinha efeitos benéficos nos resultados pós-operatórios, o que vai de encontro aos resultados encontrados neste estudo.

No presente estudo realizado, a duração dos programas de pré-habilitação variava entre 7 dias a 6 semanas, mas na sua maioria tinham uma duração de 4 semanas, o que também se verifica em outros estudos similares.

Uma revisão integrativa realizada a doentes com carcinoma colorretal considerava que a pré-habilitação em doentes submetidos apenas a cirurgia devia começar imediatamente, considerando que o intervalo de tempo entre o diagnóstico e a cirurgia em doentes com CRC é habitualmente relativamente curto. Para os doentes que recebem terapia neoadjuvante, uma possibilidade seria a janela entre o fim da terapêutica neoadjuvante e a cirurgia, que deve idealmente durar 3-5 semanas (Bausys et al., 2022).

A capacidade funcional é a capacidade de realizar e fazer face às atividades da vida diária, o que exige um esforço integrado dos sistemas cardiovascular, pulmonar e muscular esquelético e é o resultado mais frequentemente medido na investigação sobre pré-habilitação. Uma capacidade fisiológica mínima é necessária para que a reserva fisiológica não seja afetada e é influenciada pelos estados de reserva de exercício, nutricional, e cognitivo/psicológico, numa relação de tipo recíproco (Gillis et al., 2022).

Os mesmos autores referem que a componente de exercício da pré-habilitação multimodal tem por objetivo melhorar a reserva fisiológica e a capacidade funcional dos sistemas cardiorrespiratório e musculoesquelético. Assim, a capacidade de exercício traduz-se numa margem de segurança que protege não só contra o desenvolvimento de complicações pós-operatórias, como contra o desenvolvimento incapacidades funcionais futuras.

Em todos os programas deste estudo foram incluídos programas de exercícios. No entanto verificou-se alguma heterogeneidade na composição dos mesmos assim como nos modos de avaliação. Os programas variavam entre treino físico individualizado ou não, em meio hospitalar, comunitário ou domiciliar e poderiam ser presenciais ou através da visualização de vídeos.

A forma de avaliar estes programas também variava. Em 7 estudos avaliavam as modificações na aptidão e função física assim como na capacidade funcional através do teste de caminhada de 6 minutos, que era o teste mais frequente, o consumo máximo de oxigênio (VO<sub>2</sub>max) ou da força de preensão manual. Apenas nos estudos A2, A3 e A5 não era um dos resultados medidos, uma vez que se focavam na avaliação das complicações pós-operatórias. Estes resultados vão de encontro aos resultados de estudo semelhantes.

Uma revisão recente sobre pré-habilitação em adultos submetidos a cirurgia oncológica refere que os programas de exercício são, sem qualquer dúvida, a intervenção mais comum. Os exercícios podem ser no formato de treino aeróbico, treino de resistência ou ambos, mas normalmente são preferidos os exercícios aeróbicos de alta intensidade devido à necessidade de resultados num curto espaço de tempo e em média realizam-se 3 a 4 sessões semanais (Guerra-Londono et al., 2024).

O efeito do exercício aeróbico pode ser estimado através do cálculo das diferenças na aptidão cardiorrespiratória em relação à linha de base e o teste padrão é o VO<sub>2</sub>max. O teste de caminhada de 6 minutos (TC6), por exemplo, demonstrou uma correlação moderada com o VO<sub>2</sub>max em doentes com cancro. Sem um nível elevado de certeza, as provas existentes apoiam uma duração mínima de 3 semanas (Guerra-Londono et al., 2024).

Valores de capacidade de exercício derivados de testes de exercício cardiopulmonar demonstraram ser capazes de prever a mortalidade pós-operatória por todas as causas, a permanência hospitalar prolongada e sobrevivência após cirurgia de grande porte. Pelo contrário, a incapacidade funcional pré-operatória e a velocidade de marcha lenta antes de uma cirurgia eletiva colorretal, foram associados a uma maior morbidade pós-operatória e a uma recuperação prolongada da função inicial (Gillis et al., 2022).

Uma das limitações observada no presente estudo são os critérios de inclusão para programas de exercícios. Apenas 2 estudos incluíam doentes oncológicos que, de alguma forma, não se encaixavam na maioria das populações de doentes oncológicos sem doença metastática e sem terapias neoadjuvantes (quimioterapia e radioterapia). Mas os 2 estudos incluíam programas de exercícios na pré-habilitação.

No estudo A5 a população seria submetida a cirurgia para tratamento complexo de carcinoma colorretal primário e metastático, no estudo A10 a população era constituída por doentes idosos com Índice de Fragilidade de Fried de  $\geq 2$  submetidos a cirurgia de cancro gástrico.

No estudo A10 verificou-se que a pré-habilitação multimodal reduziu significativamente a incidência de complicações graves (CCI $>20$ ) e complicações médicas. Além disso, no estudo A5, um estudo-piloto, demonstrou que um programa de pré-habilitação multimodal é viável e seguro para doentes submetidos a cirurgia colorretal complexa, ressecção hepática e HIPEC (metastático).

Em 2019, uma revisão sistemática sobre pré-habilitação antes de uma grande cirurgia de cancro intra-abdominal referia que a maioria dos ensaios clínicos não seleciona doentes de alto risco no pré-operatório, sendo critério de exclusão porque o treino de alta intensidade é considerado mais difícil ou mesmo contraindicado para estes doentes (Thomas et al., 2019c).

Já em 2020, nas Diretrizes para os cuidados perioperatórios na cirurgia citorrredutora, com ou sem quimioterapia intra-peritoneal hipertérmica, emitidas pela Sociedade ERAS®, existia a recomendação de um programa de pré-habilitação de exercício físico, preferencialmente integrado com outras intervenções (nutricionais ou de controlo da ansiedade) apesar de o nível de evidência ser moderado (mas baseado em estudos com outros protocolos da sociedade Eras) e com forte recomendação de 62,5% de concordância de um painel de peritos (Hübner et al., 2020).

Em relação aos doentes idosos e/ou frágeis, prevê-se um aumento no número de idosos nas próximas décadas, aumentando exponencialmente a prevalência de doentes oncológicos com fragilidade e deficiências cognitivas submetidos a cirurgia. Assim, as guidelines cirúrgicas e os protocolos de pré-habilitação terão de ser reformulados, contemplando doentes oncológicos idosos, especialmente os que sofrem da síndrome geriátrica (Jensen & Baldini, 2022).

Os doentes oncológicos idosos frágeis, com défice cognitivo e com baixa reserva funcional e fisiológica são frequentemente excluídos dos ensaios clínicos. São, no entanto, o grupo de doentes que mais pode beneficiar mais da pré-habilitação. É necessária investigação futura para demonstrar estes potenciais benefícios e o impacto positivo da pré-habilitação nos resultados pós-operatórios. (Jensen & Baldini, 2022).

Desta forma a investigação futura no domínio da pré-habilitação deve centrar-se mais na seleção adequada de doentes cirúrgicos de alto risco.

Nesta revisão *scoping* a avaliação nutricional esteve presente em todos os estudos, mas as intervenções variavam entre a aplicação de instrumento de avaliação do estado nutricional, o aconselhamento nutricional efetuado por nutricionista e em alguns dos estudos existia uma

intervenção nutricional efetiva com suplementação nutricional rica em proteínas, cujo fornecimento variava entre 1,2 a 1,8 g de proteína/kg/dia. Mas apenas nos estudos A2, A4, A7 e A8 a intervenção nutricional foi uma das variáveis medidas.

Um estudo recente refere que perante o stress cirúrgico, os doentes num estado nutricional abaixo do ideal e com reservas fisiológicas diminuídas apresentam resultados clínicos significativamente piores, incluindo mortalidade, maior probabilidade de complicações, readmissões mais frequentes, estadias hospitalares mais longas e aumento dos custos dos cuidados de saúde (Minnella et al., 2020).

Gillis et al., (2022), na sua revisão narrativa corroboram o estudo anterior, referindo que a componente nutricional da pré-habilitação multimodal tem como objetivo principal prevenir e tratar a malnutrição. Para melhorar os resultados cirúrgicos os défices nutricionais devem ser identificados e tratados. Uma capacidade metabólica e reservas energéticas reduzidas traduzem-se em fragilidade. Vários estudos identificaram que a fragilidade é um fator de risco para complicações pós-operatórias graves, mortalidade, duração prolongada do internamento hospitalar e alta institucional.

Na população cirúrgica o estado nutricional é frequentemente afetado. Sinais clínicos, dados antropométricos e exame físico são fundamentais para detetar desequilíbrios nutricionais, sob a forma de subnutrição e/ou sobrenutrição. A perda de peso é um dos parâmetros mais validados podendo refletir o grau de inflamação ou doença subjacente. Um fator de risco importante é uma perda de 10% nos últimos 6 meses, ou mais de 5% em 3 meses. Além disso, em doentes oncológicos, a doença e os tratamentos da mesma, como as terapias anticancerígenas, podem provocar anomalias metabólicas, incluindo inflamação, que alteram as necessidades de nutrientes (Minnella et al., 2020).

Um dos focos menos medido nos programas multimodais incluídos neste estudo foi a questão da redução da ansiedade e intervenções psicológicas. Nesta revisão um estudo avaliou os níveis de ansiedade e depressão, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Escala de Depressão e três estudos a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Um estudo sobre doentes oncológicos de patologia colorretal refere que além de todos os desafios fisiológicos, o sofrimento psicológico e emocional não deve ser esquecido. A prevalência de depressão entre os sobreviventes de cancro pode atingir os 49%. A carga de um diagnóstico de cancro aumenta o risco de perturbações mentais, que podem prejudicar a adesão ao tratamento, a recuperação pós-operatória e a qualidade de vida dos doentes (Bausys et al., 2022).

Apenas o estudo A9 referiu recorrer a gestor de caso para explicação extensa sobre o programa e procedimento cirúrgico, em cuja intervenção os doentes receberam informações

completas sobre o programa de pré-habilitação, a cirurgia e os cuidados pós-operatórios e instruções sobre técnicas de respiração e de relaxamento.

Num estudo recente, que tinha como objetivo determinar e comparar as principais prioridades de investigação dos doentes com cancro e prestadores de cuidados com as dos clínicos multidisciplinares com experiência em pré-habilitação, para o doente a educação e a personalização de programas multimodais são essenciais para otimizar o envolvimento do mesmo e, conseqüentemente, os resultados clínicos. Essas descobertas sugerem que devem existir melhorias na educação e no envolvimento do doente para otimizar os programas de pré-habilitação personalizados (Vu et al., 2024).

Os doentes preocupam-se com o que desconhecem, o que torna o aconselhamento pré-operatório importante por vários motivos. O acesso a sessões de informação detalhadas sobre o percurso perioperatório e centradas no doente reduz a ansiedade relacionada com a anestesia, a cirurgia e a dor subsequente e melhora satisfação e a experiência cirúrgica. Os doentes e familiares/cuidadores devem reunir-se com uma equipa multidisciplinar que inclua um cirurgião, um anestesista e, mais importante, um enfermeiro antes da admissão hospitalar, pois têm um papel fundamental na orientação do doente durante a experiência relacionada com a cirurgia (Gustafsson et al., 2019).

Para garantir que os doentes estão plenamente conscientes dos seus objetivos de recuperação e que são encorajados a ser parte integrante da sua própria recuperação é essencial fornecer apoio psicológico e informação adequada. Subseqüentemente, educação pré-operatória do doente é frequentemente o papel do enfermeiro (Burch & Balfour, 2020).

Este papel pode ser atribuído ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica uma vez que presta cuidados de enfermagem especializados que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinindo um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e a qualidade de vida da mesma (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

Os doentes devem receber estas informações de uma forma que funcione para eles, utilizando uma linguagem e ferramentas adequadas, como aplicações, sítios Web e diários de doentes, para os ajudar na sua educação, envolvimento e participação (Balfour et al., 2022).

Relativamente aos benefícios da implementação de programas de pré-habilitação para o doente, os resultados encontrados demonstram uma taxa de complicações significativamente mais baixa nos doentes submetidos a um programa de pré-habilitação, existindo menos

complicações graves e médicas no período pós-operatório, o tempo de internamento hospitalar é mais curto e existe uma recuperação pós-operatória otimizada em comparação com os cuidados habituais.

Estes resultados vão de encontro aos resultados de uma revisão recente, que sugerem que a pré-habilitação em doentes oncológicos melhora a capacidade funcional, a recuperação pós-operatória e a qualidade de vida e reduz o tempo de internamento e taxas de complicações pós-cirúrgicas, quando comparados com os cuidados habituais ou apenas com a reabilitação pós-operatória (Santa Mina et al., 2021).

A pré-habilitação em cirurgia oncológica justifica-se pelos múltiplos efeitos que a doença oncológica apresenta na saúde física e mental do doente e pela forte associação entre essas medidas e os resultados pós-operatórios (Guerra-Londono et al., 2024).

Peters et al., (2020) refere que, dado que neste tipo de revisão a avaliação do enviesamento não é efetuada, as implicações ou recomendações para a prática (do ponto de vista clínico ou político) que resultam de uma revisão *scoping* são bastante diferentes quando comparadas com uma revisão sistemática. As revisões *scoping* não são realizadas para desenvolver diretrizes e recomendações clínicas fiáveis, mas permitem fornecer uma visão geral da evidência ou responder a questões relacionadas com a natureza e a diversidade da evidencia/conhecimentos disponíveis.

Apesar disso, pode-se inferir que para investigação futura os estudos devem pesquisar programas multidisciplinares e multimodais, utilizando conhecimentos científicos recentes para conceber programas economicamente eficazes para os doentes certos, no contexto mais adequado e utilizando as medidas de resultados apropriadas.

## **5. CONCLUSÃO**

Esta revisão *scoping* permitiu mapear uma grande variedade de programas que estudavam os efeitos da pré-habilitação no pré-operatório de doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva. O conteúdo dos programas de pré-habilitação era heterogéneo. No entanto permitiu perceber que a participação num programa multimodal reduz a incidência de complicações graves e médicas e melhora a capacidade funcional perioperatória.

Os estudos concluíram que a pré-habilitação tinha efeitos positivos nos resultados pós-operatórios. A investigação futura no domínio da pré-habilitação deverá centrar-se na seleção adequada de doentes cirúrgicos oncológicos de alto risco e fornecer uma pré-habilitação personalizada e multimodal, com monitorização objetiva do seu progresso ao longo do

programa, uma vez que estes doentes frequentemente são excluídos e se verifica que são doentes que terão grande benefício em frequentar programas de pré-habilitação.

Torna-se igualmente necessário definir outcomes consensuais para avaliar os resultados no pós-operatório para medição das complicações.

## 6. DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a revelar que sejam diretamente relevantes para o tema desta investigação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E., Lockwood, C., Porrit, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Balfour, A., Amery, J., Burch, J., & Smid – Nanninga, H. (2022). Enhanced recovery after surgery (ERAS®): Barriers and solutions for nurses. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(7). <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.02.002>
- Bausys, A., Kryzauskas, M., Abeciunas, V., Degutyte, A. E., Bausys, R., Strupas, K., & Poskus, T. (2022). Prehabilitation in Modern Colorectal Cancer Surgery: A Comprehensive Review. *Cancers*, 14(20). <https://doi.org/10.3390/cancers14205017>
- Bojesen, R. D., Dalton, S. O., Skou, S. T., Jørgensen, L. B., Walker, L. R., Eriksen, J. R., Grube, C., Justesen, T. F., Johansen, C., Slooter, G., Carli, F., & Gögenur, I. (2023). Preoperative multimodal prehabilitation before elective colorectal cancer surgery in patients with WHO performance status I or II: randomized clinical trial. *BJS Open*, 7(6), 1–10. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad134>
- Bojesen, R. D., Grube, C., Buzquurz, F., Miedzianogora, R. E. G., Eriksen, J. R., & Gögenur, I. (2022). Effect of modifying high-risk factors and prehabilitation on the outcomes of colorectal cancer surgery: controlled before and after study. *BJS Open*, 6(3). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrac029>
- Burch, J., & Balfour, A. (2020). Preoperative Patient Education. In O. Ljungqvist, N. K. Francis, & R. D. Urman (Eds.), *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®): A Complete Guide to Optimizing Outcomes* (1ª). Springer Nature Switzerland AG. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-33443-7\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33443-7_5)
- Carli, F., Bousquet-Dion, G., Awasthi, R., Elsherbini, N., Liberman, S., Boutros, M., Stein, B., Charlebois, P., Ghitulescu, G., Morin, N., Jagoe, T., Scheede-Bergdahl, C., Minnella, E. M., & Fiore, J. F. (2020). Effect of Multimodal Prehabilitation vs Postoperative Rehabilitation on 30-Day Postoperative Complications for Frail Patients Undergoing Resection of Colorectal

- Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 155(3), 233–242. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.5474>
- Chen, J., Hong, C., Chen, R., Zhou, M., & Lin, S. (2024). Prognostic impact of a 3-week multimodal prehabilitation program on frail elderly patients undergoing elective gastric cancer surgery: a randomized trial. *BMC Gastroenterology*, 24(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12876-024-03490-7>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Estratégia Nacional De Luta Contra o Cancro- 2021 a 2030*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>
- Engel, D. (2022a). Setting Up a Prehabilitation Unit: Successes and Challenges. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(5). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151334>
- Gillis, C., Fenton, T. R., Gramlich, L., Keller, H., Sajobi, T. T., Culos-Reed, S. N., Richer, L., Awasthi, R., & Carli, F. (2022). Malnutrition modifies the response to multimodal prehabilitation: a pooled analysis of prehabilitation trials. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 47(2), 141–150. <https://doi.org/10.1139/apnm-2021-0299>
- Gillis, C., Ljungqvist, O., & Carli, F. (2022). Prehabilitation, enhanced recovery after surgery, or both? A narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 128(3), 434–448. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.12.007>
- Guerra-Londono, C. E., Cata, J. P., Nowak, K., & Gottumukkala, V. (2024). Prehabilitation in Adults Undergoing Cancer Surgery: A Comprehensive Review on Rationale, Methodology, and Measures of Effectiveness. *Current Oncology*, 31(4), 2185–2200. <https://doi.org/10.3390/currenco131040162>
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., Rockall, T. A., Young-Fadok, T. M., Hill, A. G., Soop, M., de Boer, H. D., Urman, R. D., Chang, G. J., Fichera, A., Kessler, H., Grass, F., Whang, E. E., Fawcett, W. J., Carli, F., ... Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43(3), 659–695. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>
- Hao, M., Wang, K., Ding, Y., Li, H., Liu, Y., & Ding, L. (2022). Which patients are prone to suffer liver metastasis? A review of risk factors of metachronous liver metastasis of colorectal cancer. *European Journal of Medical Research*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/s40001-022-00759-z>
- Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A., & Atkinson, C. (2017). Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: A

qualitative investigation. *BMC Health Services Research*, 17(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2547-y>

- Hübner, M., Kusamura, S., Villeneuve, L., Al-Niaimi, A., Alyami, M., Balonov, K., Bell, J., Bristow, R., Guiral, D. C., Fagotti, A., Falcão, L. F. R., Glehen, O., Lambert, L., Mack, L., Muenster, T., Piso, P., Pocard, M., Rau, B., Sgarbura, O., ... Nelson, G. (2020). Guidelines for Perioperative Care in Cytoreductive Surgery (CRS) with or without hyperthermic IntraPERitoneal chemotherapy (HIPEC): Enhanced recovery after surgery (ERAS®) Society Recommendations d Part I: Preoperative and intraoperative management. *European Journal of Surgical Oncology*, 46(12), 2311–2323. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.08.006>
- Jensen, B. T., & Baldini, G. (2022). Future Perspectives on Prehabilitation Interventions in Cancer Surgery. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(5). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151337>
- Joliat, G. R., Kobayashi, K., Hasegawa, K., Thomson, J. E., Padbury, R., Scott, M., Brustia, R., Scatton, O., Tran Cao, H. S., Vauthey, J. N., Dincler, S., Clavien, P. A., Wigmore, S. J., Demartines, N., & Melloul, E. (2023). Guidelines for Perioperative Care for Liver Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2022. *World Journal of Surgery*, 47(1), 11–34. <https://doi.org/10.1007/s00268-022-06732-5>
- López-Rodríguez-Arias, F., Sánchez-Guillén, L., Aranaz-Ostáriz, V., Triguero-Cánovas, D., Lario-Pérez, S., Barber-Valles, X., Lacueva, F. J., Ramirez, J. M., & Arroyo, A. (2021). Effect of home-based prehabilitation in an enhanced recovery after surgery program for patients undergoing colorectal cancer surgery during the COVID-19 pandemic. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7785–7791. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06343-1>
- Mclsaac, D. I., Gill, M., Boland, L., Hutton, B., Branje, K., Shaw, J., Grudzinski, A. L., Barone, N., Gillis, C., Akhtar, S., Atkins, M., Aucoin, S., Auer, R., Basualdo-Hammond, C., Beaulé, P., Brindle, M., Bittner, H., Bryson, G., Carli, F., ... Wijeyesundera, D. (2022). Prehabilitation in adult patients undergoing surgery: an umbrella review of systematic reviews. *British Journal of Anaesthesia*, 128(2), 244–257. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.014>
- Minnella, E. M., Gillis, C., Edgar, L., & Carli, F. (2020). Prehabilitation. In O. Ljungqvist, N. K. Francis, & R. D. Urman (Eds.), *Enhanced Recovery After Surgery: A Complete Guide to Optimizing Outcomes* (1ª edição, p. 630). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-33443-7>
- Molenaar, C. J. L., Minnella, E. M., Coca-Martinez, M., Ten Cate, D. W. G., Regis, M., Awasthi, R., Martínez-Palli, G., López-Baamonde, M., Sebio-Garcia, R., Feo, C. V., Van Rooijen, S. J., Schreinemakers, J. M. J., Bojesen, R. D., Gögenur, I., Van Den Heuvel, E. R., Carli, F., & Slooter, G. D. (2023). Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery: The

PREHAB Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 158(6), 572–581.  
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.0198>

Molenaar, C. J. L., van Rooijen, S. J., Fokkenrood, H. J. P., Roumen, R. M. H., Janssen, L., & Slooter, G. D. (2023). Prehabilitation versus no prehabilitation to improve functional capacity, reduce postoperative complications and improve quality of life in colorectal cancer surgery. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2023, Issue 5). John Wiley and Sons Ltd.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013259.pub3>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>

Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porrit, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBI Manual for Evidence Syntheses 2024* (pp. 417–476). JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Em *Diário da República: 2ª série*, n. 135, 19359 - 19370.

Santa Mina, D., van Rooijen, S. J., Minnella, E. M., Alibhai, S. M. H., Brahmhatt, P., Dalton, S. O., Gillis, C., Grocott, M. P. W., Howell, D., Randall, I. M., Sabiston, C. M., Silver, J. K., Slooter, G., West, M., Jack, S., & Carli, F. (2021). Multiphasic Prehabilitation Across the Cancer Continuum: A Narrative Review and Conceptual Framework. *Frontiers in Oncology*, 10.  
<https://doi.org/10.3389/fonc.2020.598425>

Singal, A. G., Llovet, J. M., Yarrowan, M., Mehta, N., Heimbach, J. K., Dawson, L. A., Jou, J. H., Kulik, L. M., Agopian, V. G., Marrero, J. A., Mendiratta-Lala, M., Brown, D. B., Rilling, W. S., Goyal, L., Wei, A. C., & Taddei, T. H. (2023). AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 78(6), 1922–1965.  
<https://doi.org/10.1097/HEP.0000000000000466>

Sousa, M. R., & Bastos, F. (2021). Hipertensão e Diabetes – Um Cluster, um desafio a para a promoção da autogestão do regime terapêutico. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 123–141). Escola Superior de Enfermagem do Porto. [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)

- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 15–26). [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)
- Strijker, D., Meijerink, W. J. H. J., van Heusden-Schotalbers, L. A. G., van den Berg, M. G. A., van Asseldonk, M. J. M. D., Drager, L. D., de Wilt, J. H. W., van Laarhoven, K. J. H. M., & van den Heuvel, B. (2023). Multimodal Prehabilitation in Patients Undergoing Complex Colorectal Surgery, Liver Resection, and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC): A Pilot Study on Feasibility and Potential Efficacy. *Cancers*, *15*(6), 1–13. <https://doi.org/10.3390/cancers15061870>
- Ten Cate, D. W. G., Sabajo, C. R., Molenaar, C. J. L., Janssen, L., Bongers, B. C., & Slooter, G. D. (2024). Multimodal prehabilitation in elective oncological colorectal surgery enhances preoperative physical fitness: a single center prospective real-world data analysis. *Acta Oncologica*, *63*, 35–43. <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2024.20287>
- Thomas, G., Tahir, M. R., Bongers, B. C., Kallen, V. L., Slooter, G. D., & Van Meeteren, N. L. (2019a). Prehabilitation before major intra-abdominal cancer surgery: A systematic review of randomised controlled trials. *European Journal of Anaesthesiology*, *36*(12), 933–945. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001030>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, *169*(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- United European Gastroenterology. (2022). *Position Paper: Digestive Cancer Screening Across Europe*. [https://www.europeanpancreaticclub.org/media/resources/Position\\_Paper\\_Cancer\\_Screening\\_in\\_Europe.pdf](https://www.europeanpancreaticclub.org/media/resources/Position_Paper_Cancer_Screening_in_Europe.pdf)
- Van Rooijen, S., Carli, F., Dalton, S., Thomas, G., Bojesen, R., Le Guen, M., Barizien, N., Awasthi, R., Minnella, E., Beijer, S., Martínez-Palli, G., Van Lieshout, R., Gögenur, I., Feo, C., Johansen, C., Scheede-Bergdahl, C., Roumen, R., Schep, G., & Slooter, G. (2019). Multimodal prehabilitation in colorectal cancer patients to improve functional capacity and reduce postoperative complications: The first international randomized controlled trial for multimodal prehabilitation. *BMC Cancer*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5232-6>

## Apêndice

**Tabela 2. Estratégias de pesquisa**

pesquisa	Pubmed	resultados
#01	"Digestive System Neoplasms"[Mesh] OR "Colorectal Neoplasms"[Mesh] OR "Carcinoma, Hepatocellular"[Mesh] OR "Stomach Neoplasms"[Mesh] OR digestive cancer[Title/Abstract] OR colorectal cancer[Title/Abstract]	<b>806 671</b>
#02	"Preoperative Exercise"[Mesh] OR "Patient Participation"[Mesh] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR prehabilitation[Title/Abstract] OR preoperative counseling[Title/Abstract] OR educational intervention[Title/Abstract]	<b>129 097</b>
#03	"Enhanced Recovery After Surgery"[Mesh] OR "Colorectal Surgery"[Mesh] OR "Digestive System Surgical Procedures"[Mesh] OR digestive surgery[Title/Abstract]	<b>439 420</b>
#04	"Digestive System Neoplasms"[Mesh] OR "Colorectal Neoplasms"[Mesh] OR "Carcinoma, Hepatocellular"[Mesh] OR "Stomach Neoplasms"[Mesh] OR digestive cancer[Title/Abstract] OR colorectal cancer[Title/Abstract] AND "Preoperative Exercise"[Mesh] OR "Patient Participation"[Mesh] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR prehabilitation[Title/Abstract] OR preoperative counseling[Title/Abstract] OR educational intervention[Title/Abstract] AND "Enhanced Recovery After Surgery"[Mesh] OR "Colorectal Surgery"[Mesh] OR "Digestive System Surgical Procedures"[Mesh] OR digestive surgery[Title/Abstract] Filters: in the last 5 years, Free full texto	<b>67</b>
pesquisa	Cinahl	resultados
#01	MH "Digestive System Neoplasms+" OR MH "Carcinoma, Hepatocellular" OR MH "Stomach Neoplasms" OR MH "Colorectal Neoplasms" OR TI "digestive cancer" OR TI "colorectal cancer or colon cancer or bowel cancer or rectal cancer" OR TI "gastric cancer or gastroesophageal cancer" OR TI "hepatocellular carcinoma or liver cancer" OR AB "digestive cancer" OR AB "colorectal cancer or colon cancer or bowel cancer or rectal cancer" OR AB "gastric cancer or gastroesophageal cancer" OR AB "hepatocellular carcinoma or liver cancer"	<b>97 902</b>
#02	MH "Prehabilitation" OR MH "Patient Education" OR MH "Patient Participation" OR TI "prehabilitation in cancer" OR TI "prehabilitation or prehab or pre-operative rehabilitation" OR TI "patient participation or patient involvement or patient empowerment or patient engagement" OR AB "prehabilitation in cancer" OR AB "prehabilitation or prehab or pre-operative rehabilitation" OR AB "patient participation or patient involvement or patient empowerment or patient engagement"	<b>101 428</b>
#03	MH "Surgery, Digestive System" OR MH "Enhanced Recovery After Surgery" OR TI "colorectal surgery or colorectal cancer surgery or bowel surgery" OR TI "gastric surgery" OR TI "liver surgery" OR AB "colorectal surgery or colorectal cancer surgery or bowel surgery" OR AB "gastric surgery" OR AB "liver surgery"	<b>14 088</b>
#04	MH "Digestive System Neoplasms+" OR MH "Carcinoma, Hepatocellular" OR MH "Stomach Neoplasms" OR MH "Colorectal Neoplasms" OR TI "digestive cancer" OR TI "colorectal cancer or colon cancer or bowel cancer or rectal cancer" OR TI "gastric cancer or gastroesophageal cancer" OR TI "hepatocellular carcinoma or liver cancer" OR AB "digestive cancer" OR AB "colorectal cancer or colon cancer or bowel cancer or rectal cancer" OR AB "gastric cancer or gastroesophageal cancer" OR AB "hepatocellular carcinoma or liver cancer" AND MH "Prehabilitation" OR MH "Patient Education" OR MH "Patient Participation" OR TI "prehabilitation in cancer" OR TI "prehabilitation or prehab or pre-operative rehabilitation" OR TI "patient participation or patient involvement or patient empowerment or patient engagement" OR AB "prehabilitation in cancer" OR AB "prehabilitation or prehab or pre-operative rehabilitation" OR AB "patient participation or patient involvement or patient empowerment or patient engagement" AND MH "Surgery, Digestive System" OR MH "Enhanced Recovery After Surgery" OR TI "colorectal surgery or colorectal cancer surgery or bowel surgery" OR TI "gastric surgery" OR TI "liver surgery" OR AB "colorectal surgery or colorectal cancer surgery or bowel surgery" OR AB "gastric surgery" OR AB "liver surgery" Filters: in the last 5 years, Free full texto	<b>37</b>

**Tabela 4. Características dos estudos de pré-habilitação do tratamento cirúrgico do cancro digestivo**

	<b>Autor (ano/país)</b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>Descrição e número de participantes</b>	<b>Objetivo(s) do estudo</b>	<b>Variáveis medidas</b>
<b>A1</b>	Carli et al., 2020 (Canadá)	Ensaio clínico randomizado	110 doentes de cirurgia de cancro colorrectal (n=55 grupo de pré-habilitação; n=55 grupo de reabilitação)	Avaliar em que medida um programa de pré-habilitação afeta as complicações pós-operatórias a 30 dias em doentes frágeis submetidos a ressecção de cancro colorrectal em comparação com a reabilitação pós-operatória.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicações pós-operatórias (CCI);</li> <li>- Complicações gerais e graves a 30 dias</li> <li>- Tempo de permanência no hospital;</li> <li>- Readmissão hospitalar;</li> <li>- Visitas ao serviço de urgência;</li> <li>- Teste de marcha de 6 minutos;</li> <li>- Scores de ansiedade e depressão (HADS);</li> </ul>
<b>A2</b>	López-Rodríguez-Arias et al., 2021 (Espanha)	Ensaio clínico randomizado	Doentes submetidos a cirurgia eletiva de colon e reto não metastizado (n=20, 10 por grupo);	Avaliar o efeito da pré-habilitação domiciliária na composição corporal, complicações e tempo de internamento em doentes submetidos a cirurgia oncológica colorrectal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações no peso, massa magra e massa gorda;</li> <li>- Scores de ansiedade e depressão (HADS);</li> <li>- Taxa de complicações (CD);</li> <li>- Tempo de permanência no hospital.</li> </ul>
<b>A3</b>	Bojesen et al., 2022 (Dinamarca)	Estudo observacional quasi-experimental	1591 doentes de cirurgia de cancro colorrectal (n=839 hospital de intervenção; n=752 hospital de controlo)	Examinar o efeito do rastreio de fatores de alto risco modificáveis combinado com intervenções específicas sobre as complicações pós-operatórias em doentes submetidos a cirurgia do cancro colorrectal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de complicações (CD <math>\geq</math> IIIa);</li> <li>- Tempo de permanência no hospital <math>\leq</math> 10 dias;</li> <li>- Admissão não planeada em UCI;</li> <li>- Readmissão ou morte (no prazo de 30 dias no período pós-operatório).</li> </ul>
<b>A4</b>	(Gillis, Fenton, et al., 2022) (Canadá)	análise combinada de ensaios clínicos originais	266 pacientes de cirurgia colorrectal (n=195 pré-habilitação multimodal; n=71 tratamento padrão).	Determinar se o estado nutricional de base influencia a alteração da distância percorrida em 6 minutos antes da cirurgia em pacientes que participam na pré-habilitação versus grupo de controlo; Avaliar a influência do estado nutricional na alteração dos resultados relatados pelos pacientes e na adesão à intervenção antes da cirurgia do cancro colorrectal com pré-habilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado nutricional (PG-SGA);</li> <li>- Teste de marcha de 6 minutos;</li> <li>- Composição corporal (massa gorda e massa magra determinadas através de análise de impedância bioelétrica multifrequencial);</li> <li>- Qualidade de vida (HADS; SF-36);</li> </ul>
<b>A5</b>	Strijker et al., 2023 (Holanda)	Estudo piloto controlado	Doentes submetidos a cirurgia electiva de CCR primário complexo, metastático hepático e metastático peritoneal (HIPEC)(grupo de intervenção n = 16; grupo de controlo n = 47).	Determinar a viabilidade e a eficácia potencial de um programa de pré-habilitação multimodal em doentes submetidos a cirurgia num hospital académico para tratamento complexo de carcinoma colorretal primário e metastático	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentagem de pacientes elegíveis que participaram no programa de pré-habilitação;</li> <li>- Percentagem de doentes que continuaram o programa de pré-habilitação até à cirurgia;</li> <li>- Taxa de satisfação e segurança;</li> <li>- Taxa de complicações (CD);</li> <li>- Tempo de permanência no hospital</li> </ul>
<b>A6</b>	Molenaar et al., 2023 (Holanda)	Revisão sistemática	250 doentes com cancro colorretal não-metastático, programados para cirurgia eletiva (130 no grupo de pré-habilitação e 120 no grupo de controlo)	Determinar os efeitos dos programas de pré-habilitação multimodal na capacidade funcional, nas complicações pós-operatórias e na qualidade de vida em doentes adultos submetidos a cirurgia para cancro colorrectal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidade funcional (teste de marcha de 6 minutos, consumo máximo de oxigénio (VO<sub>2</sub>max), força de prensão manual);</li> <li>- Taxa de complicações (CD ou CCI);</li> <li>- Tempo de permanência no hospital;</li> <li>- Readmissão hospitalar;</li> <li>- Visitas ao serviço de urgência;</li> <li>- Mortalidade;</li> <li>- Qualidade de vida (HADS; SF-36);</li> <li>- Taxa de adesão ao programa;</li> </ul>

<b>A7</b>	Bojesen et al., 2023 (Dinamarca)	Ensaio clínico randomizado	36 doentes submetidos a cirurgia electiva de cancro colorrectal com baixa capacidade funcional-WHO performance status I ou II: (n=16 grupo de intervenção; n=20 grupo de controlo)	Estimar o efeito da prehabilitação multimodal na recuperação pós-operatória em doentes com estado de desempenho I ou II da OMS, antes de uma cirurgia electiva para cancro colorrectal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regresso às atividades normais.</li> <li>- Recuperação pós-operatória nos primeiros 3 dias apos cirurgia (Quality of Recovery-15);</li> <li>- Capacidade funcional (teste de marcha de 6 minutos, consumo máximo de oxigénio (VO2max), força de prensão manual);</li> <li>- Estado nutricional (PG-SGA);</li> <li>- Análises sanguíneas (1ª consulta e análises pré-operatórias);</li> <li>- Taxa de complicações (CD ou CCI);</li> </ul>
<b>A8</b>	Molenaar et al., 2023 (Holanda)	Ensaio clínico randomizado	251 doentes com cancro colorrectal não metastizado (pré-habilitação n = 123; tratamento padrão, n = 128).	Determinar se a pré-habilitação multimodal antes da cirurgia de cancro colorrectal pode reduzir as complicações pós-operatórias e melhorar a recuperação funcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de complicações (CCI);</li> <li>- Teste de marcha de 6 minutos;</li> <li>- Estado nutricional (PG-SGA);</li> <li>- Scores de ansiedade e depressão (HADS);</li> <li>- Tempo de permanência no hospital;</li> <li>- Readmissão hospitalar;</li> <li>- Visitas ao serviço de urgência;</li> </ul>
<b>A9</b>	Ten Cate et al., 2024 (Holanda)	estudo de coorte prospetivo	101 doentes submetidos a cirurgia oncológica colorretal eletiva	Avaliar a mudança na aptidão física pré-operatória em pacientes agendados para cirurgia eletiva de CCR que participaram de um programa de pré-habilitação multimodal; Avaliar quais os doentes que mais beneficiam de pré-habilitação em termos de melhoria da aptidão física no pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteração da aptidão aeróbica pré-operatória;</li> <li>- Adesão à pré-habilitação;</li> <li>- Teste de marcha de 6 minutos;</li> <li>- Complicações pós-operatórias (CCI);</li> <li>- Tempo de permanência no hospital;</li> </ul>
<b>A10</b>	Chen et al., 2024 (China)	Ensaio clínico randomizado	115 doentes de adenocarcinoma gástrico com idade ≥ 65 anos, pontuação de Índice de Fragilidade de Fried de ≥2; (grupo de intervenção n=57; grupo de controlo n= 58).	Avaliar se a pré-habilitação multimodal diminui as complicações pós-operatórias e melhora a recuperação funcional em doentes idosos frágeis submetidos a cirurgia de cancro gástrico, em comparação com os cuidados clínicos habituais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Complicações pós-operatórias (CCI);</li> <li>-Complicações globais a 30 dias;</li> <li>- Melhoria da capacidade funcional (Teste de marcha de 6 minutos) a 30 dias;</li> <li>- Qualidade de vida no pós-operatório de 3 meses (QoR-9 scale)</li> </ul>

**Legenda:** Escala Clavien-Dindo (CD); Escala Hospitalar de Ansiedade e Escala de Depressão (HADS); Comprehensive Complication Index (CCI); Escala de qualidade de vida relacionada com a saúde Short Form-36 (SF-36); Avaliação global subjetiva gerada pelo doente (PG-SGA)

**Tabela 5. Resultados relatados da pré-habilitação para a cirurgia do cancro digestivo**

	<b>Autor (ano/país)</b>	<b>Intervenções utilizadas para a pré-habilitação</b>	<b>Momento</b>	<b>Resultados no período pós-operatório</b>	<b>Limitações do estudo</b>
<b>A1</b>	Carli et al., 2020 (Canadá)	Os pacientes do grupo Prehabilitação receberam um programa multimodal personalizado, supervisionado e domiciliário, prescrito por um fisiatra, um nutricionista e uma enfermeira com formação em psicologia; Os doentes do grupo de Reabilitação receberam a mesma avaliação inicial que os do outro grupo. O programa multimodal idêntico foi prescrito, mas as intervenções só tiveram início após a alta hospitalar pós-operatória	Grupo pré-habilitação 4 semanas antes da cirurgia; Grupo reabilitação durante 4 semanas após a alta.	Não se registou qualquer diferença entre os grupos nas complicações (CCI) medido 30 dias após a cirurgia. As medidas de resultados secundários também não foram diferentes entre os grupos. Em doentes frágeis submetidos a ressecção de cancro colorrectal o programa multimodal de pré-habilitação não afetou os resultados pós-operatórios.	O grupo de comparação consistiu em doentes submetidos a um programa de reabilitação pós-operatória em vez de cuidados habituais, para evitar o risco de viés levando a um desequilíbrio nas características dos grupos. O resultado pode indicar que, mesmo nesta população vulnerável, os efeitos da pré-habilitação podem ser limitados quando outros aspetos dos cuidados perioperatórios já estão otimizados. Um programa com a duração de 4 a 5 semanas pode não ser suficiente para aumentar a reserva fisiológica no pré-operatório e reduzir complicações pós-operatórias.
<b>A2</b>	López-Rodríguez-Arias et al., 2021 (Espanha)	- Exercício físico: diário no domicílio utilizando uma lista de reprodução de vídeos, aproximadamente 30 a 45 minutos (combinação de treino aeróbico e de resistência muscular); - Intervenção nutricional: suplementação nutricional rica em proteínas, com elevado teor de vitamina D e cálcio garantindo um fornecimento mínimo de 1,2 a 1,5 g de proteína/kg/dia; - Intervenção de redução da ansiedade: exercícios de relaxamento e de respiração 2 vezes por semana	4 semanas	-A prehabilitação atenuou deterioração da composição corporal em comparação com o grupo de controlo; - Na análise comparativa entre os grupos, o tempo de internamento foi mais curto nos doentes do grupo da prehabilitação; - As complicações pós-operatórias também foram menores nos doentes com prehabilitação; - As pontuações médias HADS no pré-operatório foram mais elevadas do que as obtidas no pós-operatório	o tamanho reduzido da amostra, explicado pelo curto período de observação devido à duração do confinamento domiciliário
<b>A3</b>	Bojesen et al., 2022 (Dinamarca)	-Aplicação de instrumento de rastreio em três domínios: anemia, capacidade física e estado nutricional; -Administração de EV se anemia ferropénica detetada; -Encaminhamento a um fisioterapeuta do respetivo município do doente para treinamento físico durante quatro semanas; - Aconselhamento nutricional efetuado por nutricionista com especialidade em cancro colorretal, em sessão com 1 hora de duração. O consumo total de proteínas teve como objetivo um valor superior ou igual 1,5 g de proteína/kg de peso corporal.	4 semanas	A intervenção combinada de rastreio e pré-habilitação foi associada a uma diminuição do risco de uma evolução complicada, principalmente na redução das complicações graves.	A ferramenta de avaliação do risco poderia introduzir um viés de seleção em que os cirurgiões estariam menos inclinados a propor a cirurgia para os doentes com indicadores de alto risco; Os dados referentes ao cumprimento e adesão ao programa alimentar e de treinamento físico não foram recolhidos.
<b>A4</b>	Gillis et al. (2022/ Canadá)	avaliação inicial e um programa individualizado de exercícios aeróbicos e de resistência, aconselhamento nutricional com suplementação de proteína whey e redução do stress.	4 semanas	O estado nutricional de base modifica a eficácia da pré-habilitação antes da cirurgia do cancro colorrectal. O estado nutricional é um modificador de efeito dos resultados da função física na pré-habilitação.	O programa de pré-habilitação mais eficaz para doentes nutricionalmente vulneráveis e com necessidade crítica de tratamento nutricional (PG-SGA ≥9) permanece desconhecido e são necessários mais estudos para

				Os doentes com um PG-SGA 4-8 parecem obter os maiores benefícios de um programa de pré-habilitação multimodal;	determinar a melhor forma de tratar este grupo de doentes.
<b>A5</b>	Strijker et al., 2023 (Holanda)	O programa de pré-habilitação multimodal incluía um programa de exercício físico, uma intervenção nutricional, apoio psicológico e apoio à cessação tabágica.	entre 7 a 46 dias (média de 26 dias).	Este estudo piloto ilustra que um programa de pré-habilitação multimodal é viável e seguro para pacientes submetidos a cirurgia colorrectal complexa, ressecção hepática e HIPEC (metastático). A taxa de complicações foi significativamente mais baixa no grupo de pré-habilitação em comparação com o grupo de controlo e ocorreram menos complicações graves no grupo de intervenção. O tempo de internamento hospitalar foi mais curto no grupo de pré-habilitação do que no grupo de controlo.	Os efeitos positivos preliminares da pré-habilitação nas complicações pós-operatórias neste estudo são encorajadores para futuros estudos para determinar os verdadeiros benefícios da pré-habilitação.
<b>A6</b>	Molenaar et al., 2023 (Holanda)	- Os estudos elegíveis continham pelo menos duas das seguintes intervenções: programas de exercício físico (treino de resistência e/ou resistência, bem como exercícios respiratórios), qualquer apoio nutricional, qualquer apoio mental, e/ou intervenções que abordassem o consumo de substâncias (por exemplo programas de cessação tabágica). No Grupo de controlo os participantes podiam receber cuidados padrão ou não receber pré-habilitação.	4 semanas	A pré-habilitação pode resultar numa melhoria da capacidade funcional, determinada com o teste de caminhada de 6 minutos, tanto no pré-operatório como no pós-operatório; Os efeitos de um programa deste tipo no número de complicações, visitas ao serviço de urgência e readmissões são pequenos ou mesmo triviais;	Como os dados sobre taxas de mortalidade, qualidade de vida, tempo de permanência no hospital, segurança do programa e adesão ao programa não estavam completos ou não foram relatados, os autores da revisão não analisaram esses resultados. Apenas três estudos heterogéneos foram incluídos nesta revisão. Desta forma, os resultados desta revisão devem ser interpretados com cautela. Estão em curso numerosos ensaios clínicos randomizados relevantes que serão incluídos numa futura atualização desta revisão.
<b>A7</b>	Bojesen et al., 2023 (Dinamarca)	Treino físico individualizado três vezes por semana, intervenção nutricional composta por suplementos nutricionais e consulta com um nutricionista, e otimização médica através de um check-up médico alargado	4 semanas	A prehabilitação foi associada a uma melhoria estatisticamente significativa na pontuação do QoR-15 no pós-operatório, em comparação com o grupo de controlo; Nenhum dos grupos apresentou quaisquer outras alterações estatisticamente significativas noutras medidas de função física, nutricional ou análises sanguíneas	São necessários mais estudos com amostras de maior dimensão bem como estudos que determinem quais os doentes que beneficiarão da pré-habilitação e para estimar o efeito nas complicações pós-operatórias e nos resultados a longo prazo.
<b>A8</b>	Molenaar et al., 2023 (Holanda)	O programa de pré-habilitação multimodal consistiu num programa de exercício de alta intensidade 3 vezes por semana, uma intervenção nutricional, apoio psicológico e um programa de cessação tabágica, quando necessário; Os participantes no grupo de cuidados padrão não receberam qualquer aconselhamento adicional sobre exercício, nutrição ou saúde mental	4 semanas	No grupo da prehabilitação multimodal existiram menos complicações graves e médicas no pós-operatório e uma recuperação pós-operatória otimizada em comparação com os cuidados habituais. O nº de complicações graves foi significativamente menor a favor da pré-	A principal limitação é o facto de a dimensão da amostra pré-especificada não ter sido atingida; Os participantes e os avaliadores (exceto para a pontuação CCI) não foram cegos, em parte devido à natureza das intervenções. O risco

				habilitação em comparação com os cuidados padrão. 4 semanas após a cirurgia, a distância de caminhada de 6 minutos não diferiu significativamente entre os grupos quando comparada com a linha de base.	de viés de desempenho não pode, portanto, ser excluído.
<b>A9</b>	Ten Cate et al., 2024 (Holanda)	- Reunião com gestor de caso para explicação extensa sobre o programa e o procedimento cirúrgico; - Rastreamento de anemia; - Treino 3 vezes por semana sob a supervisão de fisioterapeuta (hospital ou clínica de fisioterapia da comunidade); - Aconselhamento nutricional efetuado por nutricionista (objetivo de ingestão de proteínas era 1,5-1,8 g/kg de massa corporal em todos os doentes); - Programa especial de cessação tabágica e terapia de substituição da nicotina; - Doentes receberam informações completas sobre o programa de pré-habilitação, a cirurgia e os cuidados pós-operatórios e instruções sobre técnicas de respiração e de relaxamento	3 a 4 semanas	Os resultados do estudo indicam que um programa de pré-habilitação implementado melhora a aptidão aeróbica pré-operatória, a capacidade funcional de andar e força muscular. As melhorias foram relativamente maiores nos doentes menos aptos;	Uma das principais limitações deste estudo é o risco de viés de seleção, uma vez que os doentes que estão dispostos a realizar o treino de exercício físico são mais suscetíveis de participar no programa. Os ensaios clínicos randomizados são preferíveis em comparação com os estudos de coorte. No entanto, devido ao aumento de evidência para a pré-habilitação, é considerado pouco ético excluir doentes da pré-habilitação.
<b>A10</b>	Chen et al., 2024 (China)	Grupo de intervenção- programa de pré-habilitação multimodal individualizado e supervisionado, com quatro componentes: exercícios aeróbicos e de resistência, treino respiratório, aconselhamento nutricional com suplementação de proteína de soro de leite, e ajustamento psicológico. Incluídas intervenções de cessação tabágica, se necessário. Decorreu numa combinação de ambientes domiciliários e hospitalares. Grupo de cuidados padrão- não receberam qualquer aconselhamento	3 semanas	A pré-habilitação multimodal reduziu a taxa global de complicações a 30 dias em doentes idosos frágeis submetidos a cirurgia electiva de cancro gástrico, sem diferença entre os grupos no desfecho primário, CCI a 30 dias. Porém na análise de subgrupos, a pré-habilitação multimodal reduziu significativamente a incidência de complicações graves (CCI>20) e complicações médicas. Neste estudo, a percentagem de doentes que sofreram complicações graves diminuiu em quase 50% após o programa de pré-habilitação multimodal.	Os participantes e os avaliadores não foram cegos, em parte devido à natureza das intervenções. O tamanho reduzido da amostra pode ter aumentado a probabilidade de resultados falso-positivos e falso-negativos. A maioria da amostra consistiu em casos de cirurgia minimamente invasiva, o que pode limitar a generalização dos nossos resultados para contextos com uma maior prevalência de cirurgia aberta. Além disso, o ensaio foi realizado num centro com protocolos ERAS bem estabelecido logo, os resultados apenas são aplicáveis a contextos de cuidados semelhantes

**Legenda:** Escala Clavien-Dindo (CD); Escala Hospitalar de Ansiedade e Escala de Depressão (HADS); Comprehensive Complication Index (CCI); Escala de qualidade de vida relacionada com a saúde Short Form-36 (SF-36); Avaliação global subjetiva gerada pelo doente (PG-SGA)

## CONCLUSÃO

O presente relatório descreve, de forma crítico-reflexiva, o desenvolvimento das atividades que permitiram cumprir os objetivos propostos para a aquisição de competências comuns e competências específicas de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

A aquisição de competências especializadas é um processo complexo, que exige a integração de conhecimentos e habilidades. A realização dos ensinamentos clínicos com a constante aquisição e/ou atualização de conhecimentos e mobilização para a prática clínica foi essencial para o cumprimento dos objetivos delineados e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das competências.

Apesar da área de investigação ser direcionada ao doente oncológico, as experiências vivenciadas nos ensinamentos clínicos permitiram alargar o leque de conhecimentos em áreas tão distintas como saúde do idoso, feridas complexas, cuidados continuados, cultura de segurança, prevenção e controlo de infeções, melhoria contínua, entre outras.

Enquanto futura enfermeira especialista, procurei desenvolver competências especializadas de conceção de cuidados, baseadas na melhor evidência, nas responsabilidades éticas e deontológicas da profissão e promovendo cuidados de excelência. Este percurso permitiu a aquisição de competências modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição do seu projeto de saúde, com intervenções especializadas sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico.

A componente de investigação desenvolveu-se na área da pré-habilitação do doente oncológico submetido a cirurgia digestiva, o que permitiu a consolidação de conhecimentos na área de investigação, mas também aquisição de conhecimentos promotores de prática baseada em evidência, melhoria da qualidade e ganhos em saúde. O estudo permitiu perceber que a participação num programa multimodal de pré-habilitação tinha efeitos positivos nos resultados pós-operatórios, reduzindo a incidência de complicações graves e médicas e melhorando a capacidade funcional perioperatória.

A melhoria do programa de pré-habilitação na minha própria prática clínica será o próximo passo, com a aquisição de novas intervenções e possibilitando abranger novas patologias cirúrgicas.

A conclusão deste ciclo académico representa apenas o fim desta etapa, mas não o fim deste percurso, enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, consciente de que o aprofundamento das

competências adquiridas e do desenvolvimento de novo conhecimento será uma necessidade constante ao longo do meu percurso profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, M., Sofia, L., Gomes, C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. [www.inesctec.pt](http://www.inesctec.pt)
- Araújo, F., Bastos, F., Lourenço, M., Vilela, C., Fernandes, C., Brito, A., & Campos, M. J. (2021). O papel dos cuidados continuados na reconstrução da autonomia. In Escola Superior de Enfermagem do Porto, *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 71–84). [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porrit, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Balfour, A., Amery, J., Burch, J., & Smid – Nanninga, H. (2022). Enhanced recovery after surgery (ERAS®): Barriers and solutions for nurses. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(7). <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.02.002>
- Bausys, A., Kryzauskas, M., Abeciunas, V., Degutyte, A. E., Bausys, R., Strupas, K., & Poskus, T. (2022). Prehabilitation in Modern Colorectal Cancer Surgery: A Comprehensive Review. *Cancers*, 14(20). <https://doi.org/10.3390/cancers14205017>
- Blom, L., Petersson, P., Hagell, P., Professor, R., & Westergren, A. (2015). The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences*, 8, 3–530. [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)
- Bojesen, R. D., Dalton, S. O., Skou, S. T., Jørgensen, L. B., Walker, L. R., Eriksen, J. R., Grube, C., Justesen, T. F., Johansen, C., Slooter, G., Carli, F., & Gögenur, I. (2023). Preoperative multimodal prehabilitation before elective colorectal cancer surgery in patients with WHO performance status I or II: randomized clinical trial. *BJS Open*, 7(6), 1–10. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad134>
- Bojesen, R. D., Grube, C., Buzquurz, F., Miedzianogora, R. E. G., Eriksen, J. R., & Gögenur, I. (2022). Effect of modifying high-risk factors and prehabilitation on the outcomes of colorectal cancer surgery: controlled before and after study. *BJS Open*, 6(3). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrac029>
- Burch, J., & Balfour, A. (2020). Preoperative Patient Education. In O. Ljungqvist, N. K. Francis, & R. D. Urman (Eds.), *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®): A Complete Guide to Optimizing Outcomes* (1ª). Springer Nature Switzerland AG. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-33443-7\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33443-7_5)

- Carli, F., Bousquet-Dion, G., Awasthi, R., Elsherbini, N., Liberman, S., Boutros, M., Stein, B., Charlebois, P., Ghitulescu, G., Morin, N., Jagoe, T., Scheede-Bergdahl, C., Minnella, E. M., & Fiore, J. F. (2020). Effect of Multimodal Prehabilitation vs Postoperative Rehabilitation on 30-Day Postoperative Complications for Frail Patients Undergoing Resection of Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 155(3), 233–242. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.5474>
- Chen, J., Hong, C., Chen, R., Zhou, M., & Lin, S. (2024). Prognostic impact of a 3-week multimodal prehabilitation program on frail elderly patients undergoing elective gastric cancer surgery: a randomized trial. *BMC Gastroenterology*, 24(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12876-024-03490-7>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma nº 029/2012 de 29 de dezembro, atualizada a 31/10/2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Norma nº 001/2017 de 08 de fevereiro. (2017) *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). norma nº 007/2019 de 16 de outubro. *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Estratégia Nacional De Luta Contra o Cancro- 2021 a 2030*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-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.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguranca%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma nº 004/2023 de 29 de maio. *Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>
- Encare. (2020). *ERAS Implementation Program*. [www.encare.net](http://www.encare.net)
- Engel, D. (2022a). Setting Up a Prehabilitation Unit: Successes and Challenges. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(5). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151334>

- Frederico, M., & Sousa, F. (2022). *Gerir com qualidade em saúde* (1ª edição). Lidel- edições técnicas, Lda.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 371–375. [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)
- Gillis, C., Fenton, T. R., Gramlich, L., Keller, H., Sajobi, T. T., Culos-Reed, S. N., Richer, L., Awasthi, R., & Carli, F. (2022). Malnutrition modifies the response to multimodal prehabilitation: a pooled analysis of prehabilitation trials. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 47(2), 141–150. <https://doi.org/10.1139/apnm-2021-0299>
- Gillis, C., Ljungqvist, O., & Carli, F. (2022). Prehabilitation, enhanced recovery after surgery, or both? A narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 128(3), 434–448. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.12.007>
- Giraldina, J., Amarante, M. S., Cabrita, P., Ferreira, S., & Sales, L. (2021). Safety strategies in the prevention of medication error by nurses. *Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP*, 13, 34–44. [www.salutisscientia.esscvp.eu](http://www.salutisscientia.esscvp.eu)
- Guerra-Londono, C. E., Cata, J. P., Nowak, K., & Gottumukkala, V. (2024). Prehabilitation in Adults Undergoing Cancer Surgery: A Comprehensive Review on Rationale, Methodology, and Measures of Effectiveness. *Current Oncology*, 31(4), 2185–2200. <https://doi.org/10.3390/currenocol31040162>
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., Rockall, T. A., Young-Fadok, T. M., Hill, A. G., Soop, M., de Boer, H. D., Urman, R. D., Chang, G. J., Fichera, A., Kessler, H., Grass, F., Whang, E. E., Fawcett, W. J., Carli, F., ... Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43(3), 659–695. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>
- Hao, M., Wang, K., Ding, Y., Li, H., Liu, Y., & Ding, L. (2022). Which patients are prone to suffer liver metastasis? A review of risk factors of metachronous liver metastasis of colorectal cancer. *European Journal of Medical Research*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/s40001-022-00759-z>
- Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A., & Atkinson, C. (2017). Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: A qualitative investigation. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2547-y>
- Hoogendijk, E. O., Onder, G., Smalbil, L., Vetrano, D. L., Hirdes, J. P., Howard, E. P., Morris, J. N., Fialová, D., Szczerbińska, K., Kooijmans, E. C. M., Hoogendoorn, M., Declercq, A., De

- Almeida Mello, J., Leskelä, R. L., Häsä, J., Edgren, J., Ruppe, G., Liperoti, R., Joling, K. J., & Van Hout, H. P. J. (2023). Optimising the care for older persons with complex chronic conditions in home care and nursing homes: Design and protocol of I-CARE4OLD, an observational study using real-world data. *BMJ Open*, 13(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072399>
- Hübner, M., Kusamura, S., Villeneuve, L., Al-Niaimi, A., Alyami, M., Balonov, K., Bell, J., Bristow, R., Guiral, D. C., Fagotti, A., Falcão, L. F. R., Glehen, O., Lambert, L., Mack, L., Muenster, T., Piso, P., Pocard, M., Rau, B., Sgarbura, O., Nelson, G. (2020). Guidelines for Perioperative Care in Cytoreductive Surgery (CRS) with or without hyperthermic IntraPERitoneal chemotherapy (HIPEC): Enhanced recovery after surgery (ERAS®) Society Recommendations d Part I: Preoperative and intraoperative management. *European Journal of Surgical Oncology*, 46(12), 2311–2323. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.08.006>
- Instituto da Segurança Social. (2023). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt),
- Isoherranen, K., Montero, E. C., Atkin, L., Collier, M., Høgh, A., Ivory, J. D., Kirketerp-Møller, K., Meaume, S., Ryan, H., Stuermer, E. K., Tiplica, G.-S., & Probst, S. (2023). Lower leg ulcer diagnosis and principles of treatment. In *Journal of Wound Management. Official journal of the European Wound Management Association* (Issue July 2023). European Wound Management Association. <https://doi.org/10.35279/jowm2023.24.02.sup01>
- Jensen, B. T., & Baldini, G. (2022). Future Perspectives on Prehabilitation Interventions in Cancer Surgery. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(5). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151337>
- Joliat, G. R., Kobayashi, K., Hasegawa, K., Thomson, J. E., Padbury, R., Scott, M., Brustia, R., Scatton, O., Tran Cao, H. S., Vauthey, J. N., Dincler, S., Clavien, P. A., Wigmore, S. J., Demartines, N., & Melloul, E. (2023). Guidelines for Perioperative Care for Liver Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2022. *World Journal of Surgery*, 47(1), 11–34. <https://doi.org/10.1007/s00268-022-06732-5>
- José, H., & Gomes, I. (2021). Teorias e/ou Modelos de Enfermagem no Desenvolvimento do Cuidado Gerontogeriatrico. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Ed.), *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (pp. 95–113).
- Lee, J. A., Choi, M., Lee, S. A., & Jiang, N. (2018). Effective behavioral intervention strategies using mobile health applications for chronic disease management: A systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0591-0>

- Lei n.156/2015 de 16 de setembro. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Em *Diário da República*: 1ª série, nº 181, 8059 - 8105.
- Lei n. 31/2018 de 18 de julho. (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Em *Diário da República*: 1ª série, nº 137, 3238 – 3239.
- Lei n. 95/2019 de 4 de setembro. (2019). Lei de Bases da Saúde. Em *Diário da República*: 1ª série, nº 169, 55 – 66.
- Ljungqvist, O., Francis, N. K., & Urman, R. D. (2020). *A Complete Guide to Optimizing Outcomes Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®)* (O. Ljungqvist, N. K. Francis, & R. D. Urman, Eds.). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-33443-7>
- López-Rodríguez-Arias, F., Sánchez-Guillén, L., Aranaz-Ostáriz, V., Triguero-Cánovas, D., Lario-Pérez, S., Barber-Valles, X., Lacueva, F. J., Ramirez, J. M., & Arroyo, A. (2021). Effect of home-based prehabilitation in an enhanced recovery after surgery program for patients undergoing colorectal cancer surgery during the COVID-19 pandemic. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7785–7791. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06343-1>
- Lucas, R., Rodrigues, S., Alexandra De Almeida Magnos, M., Marques, S., Gomes Covas, I., Ferreira Da Silva E Castro, V. G., Cardoso, V., & Chagas, A. (2021). “Quando ninguém se entende”: conflitos bioéticos num caso real de fim de vida “When no one understands each other”: bioethical conflicts in a real case at the end of life. *Cadernos de Saúde*, 13, 4–11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9564>
- Martins, T., & Brito, A. (2021). Autocuidado: uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (1ª edição, pp. 5–14). ESEP. [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2016). *Bases teóricas de enfermagem* (4ª edição). Artmed Editora.
- McGrogan, M., & Proctor, C. (2024). Survivor to thrive: identifying and overcoming the psychological effects of a stoma. *British Journal of Nursing*, 33(16), S14–S18. <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0226>
- McIsaac, D. I., Gill, M., Boland, L., Hutton, B., Branje, K., Shaw, J., Grudzinski, A. L., Barone, N., Gillis, C., Akhtar, S., Atkins, M., Aucoin, S., Auer, R., Basualdo-Hammond, C., Beaulé, P., Brindle, M., Bittner, H., Bryson, G., Carli, F., Wijeyesundera, D. (2022). Prehabilitation in adult patients undergoing surgery: an umbrella review of systematic reviews. *British Journal of Anaesthesia*, 128(2), 244–257. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.014>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory* (A. I. Meleis, Ed.). Springer Publishing Company.

- Melo, R., Lopes, E., Santos, L., Amaro, S., & Vilas Boas, J. (2023). A liderança na gestão de conflitos nas equipas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 31–32.
- Mendes, D. I. A., & Ferrito, C. R. C. (2021). Preoperative nursing consultations: Implementation and evaluation. *Revista de Enfermagem Referência*, 2021(8). <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Minnella, E. M., Gillis, C., Edgar, L., & Carli, F. (2020). Prehabilitation. In O. Ljungqvist, N. K. Francis, & R. D. Urman (Eds.), *Enhanced Recovery After Surgery: A Complete Guide to Optimizing Outcomes* (1ª edição, p. 630). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-33443-7>
- Molenaar, C. J. L., Minnella, E. M., Coca-Martinez, M., Ten Cate, D. W. G., Regis, M., Awasthi, R., Martínez-Palli, G., López-Baamonde, M., Sebjo-Garcia, R., Feo, C. V., Van Rooijen, S. J., Schreinemakers, J. M. J., Bojesen, R. D., Gögenur, I., Van Den Heuvel, E. R., Carli, F., & Slooter, G. D. (2023). Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery: The PREHAB Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 158(6), 572–581. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.0198>
- Molenaar, C. J. L., van Rooijen, S. J., Fokkenrood, H. J. P., Roumen, R. M. H., Janssen, L., & Slooter, G. D. (2023). Prehabilitation versus no prehabilitation to improve functional capacity, reduce postoperative complications and improve quality of life in colorectal cancer surgery. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2023, Issue 5). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013259.pub3>
- Monteiro, D. (2020). *Contributo do Lean Healthcare para a Gestão em Saúde: Aplicação na área de logística e stock*. Tese de Mestrado, Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde do Algarve. <https://repositorio.ipl.pt/bitstreams/7029c854-e4a5-4996-a58a-2977abb1a1cf/download>
- Nascimento, T. F. R., & Varandas, M. de L. (2020). Transitional Care Model: Um Novo Modelo De Gestão De Cuidados Na Comunidade. *Revista Gestão & Saúde*, 11(1), 25–37. <https://doi.org/10.26512/gs.v11i1.28404>
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Norma nº 18/2016 de 30 dezembro, atualizada a 01/03/2024. (2024). Reconciliação da medicação. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicacao.pdf>

- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Nunes, L., Inês, R., & Constantino, M. (2021). Perspetivas Éticas, Deontológicas e Jurídicas no Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Ed.), *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (pp. 65–94).
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf#:~:text=Esta%20Norma%20optase%20pelo%20sistema%20que,recurso%20ao%20Sistema%20de%20Clas](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf#:~:text=Esta%20Norma%20optase%20pelo%20sistema%20que,recurso%20ao%20Sistema%20de%20Clas)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Proposta de regulamento norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10949/prop\\_reg\\_norma-dotacoes-seguras-cuidados-enfermagem\\_at%C3%A9-17032019-002.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10949/prop_reg_norma-dotacoes-seguras-cuidados-enfermagem_at%C3%A9-17032019-002.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem- Parecer do Conselho de Enfermagem n.o 53/2021*. [https://ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Paquay, M., Kolbe, M., Klenkenberg, S., Buléon, C., Bertrand, A., Simon, R., Ghuysen, A., Author, C., & Paquay merypaquay, M. (2025). Comparative Analysis of Routine Clinical Debriefings and Incident Reports: Insights for Patient Safety and Teamwork Enhancement. *International Society for Quality in Health Care*. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf010/7994635>

- Parker, C. N., Johnston, S., Bui, U., O'donoghue, E., Fletcher, B., & Finlayson, K. (2022). Risk factors for delayed healing or non-healing of venous leg ulcers in adults: a systematic review protocol. In *Wound Practice and Research* (Vol. 30, Issue 2, pp. 119–122). Cambridge Media. <https://doi.org/10.33235/wpr.30.2.119-122>
- Parreira, P., Queirós, P. J. P., Oliveira, A. S., Costa, P. S., Neri, M., & Marques, A. (2023). *Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem*. In Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenitos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (Ed.), *Gestão nas Organizações de Saúde- Pessoas, Formação e Desenvolvimento Profissional: Vol. 2º volume (1ª Edição, pp. 147–193)*.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porrit, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBI Manual for Evidence Syntheses 2024* (pp. 417–476). JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Pinto, D. C. P. (2019). *Proposta de um modelo de gestão de camas para melhoria da eficiência de um departamento de cirurgia num hospital central*. Universidade do Porto. Faculdade de Economia. <https://hdl.handle.net/10216/123962>
- Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril. (2017). Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde. Em *Diário da República: 1ª Série*, n.º 82, 2062 – 2069.
- Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. (2017). Tempos Máximos de Resposta Garantidos. Em *Diário da República: 1ª Série*, n.º 86, 2204 - 2209
- Pun, J. (2023). Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1021110>
- Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República: 2ª série*, n. 26, 4744-4750.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Em *Diário da República: 2ª série*, n. 135, 19359 - 19370.
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Em *Diário da República: 2ª série*, n. 184, 128 – 155.
- Santa Mina, D., van Rooijen, S. J., Minnella, E. M., Alibhai, S. M. H., Brahmhatt, P., Dalton, S. O., Gillis, C., Grocott, M. P. W., Howell, D., Randall, I. M., Sabiston, C. M., Silver, J. K., Slooter,

- G., West, M., Jack, S., & Carli, F. (2021). Multiphasic Prehabilitation Across the Cancer Continuum: A Narrative Review and Conceptual Framework. *Frontiers in Oncology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.598425>
- Santos, R. E. N. dos, Afonso, A. M., Marques, G. da S., & Reis, S. M. (2023). Enfermeiro Gestor e o trabalho em equipa: uma prática baseada em evidência. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 9–10.
- Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020* (International Council of Nurses, Ed.).
- Senft, J. D., Fleischhauer, T., Frasch, J., van Rees, W., Feißt, M., Schwill, S., Fink, C., Poß-Doering, R., Wensing, M., Müller-Bühl, U., & Szecsenyi, J. (2022). Primary care disease management for venous leg ulceration—study protocol for the Ulcus Cruris Care [UCC] randomized controlled trial (DRKS00026126). *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05944-9>
- Shi, S., Wei, J., Lyu, G., Zhong, X., Zhu, L., & Yang, M. (2023). Application of Comfort Therapy under eCASH Concept in Acute and Chronic Wound Treatment. *Dermatology and Therapy*, 13(1), 299–314. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00852-5>
- Singal, A. G., Llovet, J. M., Yarchoan, M., Mehta, N., Heimbach, J. K., Dawson, L. A., Jou, J. H., Kulik, L. M., Agopian, V. G., Marrero, J. A., Mendiratta-Lala, M., Brown, D. B., Rilling, W. S., Goyal, L., Wei, A. C., & Taddei, T. H. (2023). AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 78(6), 1922–1965. <https://doi.org/10.1097/HEP.0000000000000466>
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Content of information exchanged by emergency room nurses during shift handover. *Revista de Enfermagem Referência*, 2019(21), 151–158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Sousa, M. R., & Bastos, F. (2021). Hipertensão e Diabetes – Um Cluster, um desafio a para a promoção da autogestão do regime terapêutico. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 123–141). Escola Superior de Enfermagem do Porto. [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)
- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 15–26). [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)
- Strijker, D., Meijerink, W. J. H. J., van Heusden-Schotalbers, L. A. G., van den Berg, M. G. A., van Asseldonk, M. J. M. D., Drager, L. D., de Wilt, J. H. W., van Laarhoven, K. J. H. M., & van den

- Heuvel, B. (2023). Multimodal Prehabilitation in Patients Undergoing Complex Colorectal Surgery, Liver Resection, and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC): A Pilot Study on Feasibility and Potential Efficacy. *Cancers*, 15(6), 1–13. <https://doi.org/10.3390/cancers15061870>
- Takchi, R., Williams, G. A., Brauer, D., & Hawkins, W. G. (2020). Extending Enhanced Recovery After Surgery Protocols to the Post-Discharge Setting: A Phone-Call Intervention to Support Patients after Expedited Discharge following Pancreaticoduodenectomy HHS Public Access. *Am Surgery*, 42–48. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9394229/>
- Ten Cate, D. W. G., Sabajo, C. R., Molenaar, C. J. L., Janssen, L., Bongers, B. C., & Slooter, G. D. (2024). Multimodal prehabilitation in elective oncological colorectal surgery enhances preoperative physical fitness: a single center prospective real-world data analysis. *Acta Oncologica*, 63, 35–43. <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2024.20287>
- Thomas, G., Tahir, M. R., Bongers, B. C., Kallen, V. L., Slooter, G. D., & Van Meeteren, N. L. (2019a). Prehabilitation before major intra-abdominal cancer surgery: A systematic review of randomised controlled trials. *European Journal of Anaesthesiology*, 36(12), 933–945. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001030>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- United European Gastroenterology. (2022). Position Paper: Digestive Cancer Screening Across Europe. [https://www.europeanpancreaticclub.org/media/resources/Position\\_Paper\\_Cancer\\_Screening\\_in\\_Europe.pdf](https://www.europeanpancreaticclub.org/media/resources/Position_Paper_Cancer_Screening_in_Europe.pdf)
- Van Rooijen, S., Carli, F., Dalton, S., Thomas, G., Bojesen, R., Le Guen, M., Barizien, N., Awasthi, R., Minnella, E., Beijer, S., Martínez-Palli, G., Van Lieshout, R., Gögenur, I., Feo, C., Johansen, C., Scheede-Bergdahl, C., Roumen, R., Schep, G., & Slooter, G. (2019). Multimodal prehabilitation in colorectal cancer patients to improve functional capacity and reduce postoperative complications: The first international randomized controlled trial for multimodal prehabilitation. *BMC Cancer*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5232-6>
- Varkey, B. (2021a). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. In *Medical Principles and Practice* (Vol. 30, Issue 1, pp. 17–28). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000509119>

- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Vu, J., Koh, C., Solomon, M., Brown, K., Karunaratne, S., Cole, R., Smith, P., Raichurkar, P., Denehy, L., Riedel, B., & Steffens, D. (2024). Patients' and carers' views on research priorities in prehabilitation for cancer surgery. *Supportive Care in Cancer*, 32(6), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08585-1>
- World Health Organization. (2023a). Global burden of preventable medication-related harm in health care: a systematic review. <https://iris.who.int/>.
- World Health Organization. (2023b). Medication without harm- Policy brief. <http://apps.who.int/bookorders>.

## ANEXOS

ANEXO 1- Participação como preletora no Fórum Dia Europeu da Enfermagem Oncológica sob o tema “A consulta de enfermagem no doente oncológico colorretal- Programa Eras®”

20  
maio

# FÓRUM DIA EUROPEU DA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

## LOCAL

Auditório do IPOC

## DESTINATÁRIOS

Profissionais de  
saúde

Para mais informações  
contactar o Gabinete  
Coordenador da  
Formação do IPO de  
Coimbra



9:15H

## SESSÃO DE ABERTURA

Presidente do Conselho de Administração -  
*Dr.ª Margarida Ornelas*  
Enfermeiro Diretor – *Enf. João Moreira*

9:30H - 9:50H

## COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO NO ACOLHIMENTO, COMO FAZER?

*Enf.ª Dora Neves*

9:50H - 11:30H

## ENFERMAGEM ONCOLÓGICA - O OLHAR SOBRE O QUE FAZEMOS.

- Intervenção da consulta de enfermagem de endoscopia do digital ao presencial – *Enf.ª Elisabete Mendes*
- Intervenção de enfermagem em Internamento de curta duração: Porquê e Como - *Enf.ª Ana Filipa Sousa*
- A massagem como intervenção autónoma de enfermagem em Oncologia: experiência do Grupo de Terapias Não Farmacológicas - *Enf. Sérgio Santiago*
- A consulta de Enfermagem no doente oncológico colorretal- Programa ERAS - *Enf.ª Ana Rosete*
- “Pôr o Dedo na Ferida” - *Enf.ª Susana Ferreira*

## *Pausa para café*

11:45H – 12:30H

## “O VALOR DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM”

Professor Doutor António Salgueiro Amaral

ANEXO 2- Certificado de participação na 17ª Reunião Nacional da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa



ANEXO 3 - Certificado de participação da IV Conferência de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia Coimbra | Lisboa | Porto

**IV CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA  
COIMBRA | LISBOA | PORTO

Da prática à evidência  
Enfermagem oncológica na atualidade

**11 e 12 outubro 2024**  
Coimbra Business School | ISCAC

IPO COIMBRA IOC IPO LISBOA IPO PORTO

## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que,

Ana Rosete de Oliveira

Participou na IV Conferência de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia Coimbra | Lisboa | Porto realizado de 2024-10-11 a 2024-10-12, com a duração de 10,5 horas, na Coimbra Business School.

Comissão Organizadora

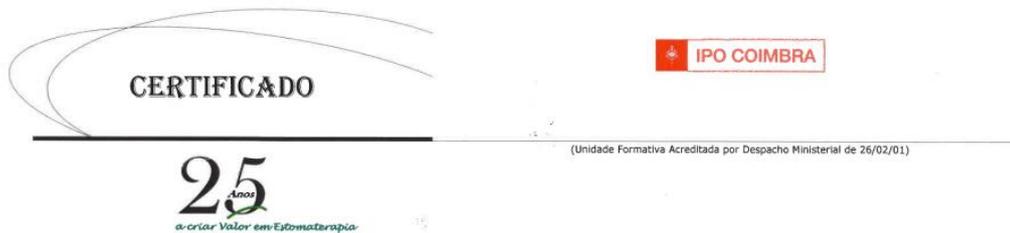
Comissão Organizadora IPO Coimbra  
Dora Neves  
IPO Coimbra

Comissão Organizadora IPO Lisboa  
Cristina Lacerda  
IPO Lisboa

Comissão Organizadora IPO Porto  
José Carlos Pimentel  
IPO Porto

N. Certificado CP\_34IPOs\_Coimbra24/2024

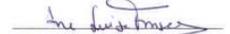
## ANEXO 4 - Certificado de participação no Simpósio 25 anos a criar valor em Estomaterapia



Certifica-se que **Ana Rosete de Oliveira** participou no Simpósio **25 anos a criar Valor em Estomaterapia** promovido pelo Gabinete de Estomaterapia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., que decorreu no dia 6 de setembro de 2024, com a duração de 7 horas.

Coimbra, 6 de setembro de 2024

A Presidente do  
Conselho de Administração  
  
Dra. Margarida Ornelas

A Coordenadora do  
Gabinete Coordenador da Formação  
  
Dra. Ana Luísa Fonseca

A Coordenadora do  
Gabinete de Estomaterapia  
  
Enf. Isabel Morais

Certificate

MC  
Medical  
by Palex

This certificate is awarded to

Ana Rosete Oliveira

In recognition of successfully completing the

Ileostomias de Alto Débito

Duration: 90 min

Date: October 23, 2024



João Ferreira Gomes  
Business Line Manager

ANEXO 6 - Certificado de participação I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025 – “Intervir e Valorizar”

**CONGRESSO INTERNACIONAL NEEMC**  
DO NÚCLEO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM MÉDICO-CIRÚRGICA DA ULSBM

**INTERVIR E VALORIZAR**  
21 • 22  
JANEIRO  
2025  
CENTRO DE ARTES E ESPETÁCULOS DA FIGUEIRA DA FOZ

**CERTIFICADO**

CERTIFICADO N.º 135 NEEMC/CI2025

Certifica-se que Ana Rosete de Oliveira, participou no I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025 – “Intervir e Valorizar”, que decorreu na Figueira da Foz nos dias 21 e 22 de janeiro de 2025.

Figueira da Foz, 22 de janeiro de 2025

*Ana Raquel Santos*  
DR.ª ANA RAQUEL SANTOS  
Presidente Conselho de Administração - Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E. P. E.

*Hélène Malta*  
HÉLÈNE MALTA  
Presidente da comissão científica

ATIVIDADE ACREDITADA  
PELO SISTEMA DOS ENFERMEIROS  
0,50 CDP

Núcleo dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM)  
Gala - S. Pedro 3094-001 Figueira da Foz | Portugal  
neemc.2025@ulsbm.min-saude.pt | +351 233 40 20 00

NEEMC REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE ULS BAIXO MONDEGO

**Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.**

**Gabinete Coordenador da Formação**

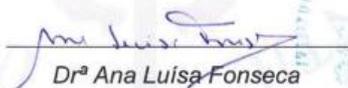
(Unidade Formativa Acreditada por Despacho Ministerial de 26/02/01)

## **DECLARAÇÃO**

Declara-se que **Ana Rosete Oliveira** frequentou a Ação de Formação «Auditoria à qualidade dos cuidados de saúde», que decorreu no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., no dia 15 de outubro de 2024, com a duração de 8 horas.

Coimbra, 6 de fevereiro de 2025

A Coordenadora do Gabinete  
Coordenador da Formação

  
Dr<sup>a</sup> Ana Luísa Fonseca

FRANCISCO GENTIL  
COIMBRA

ANEXO 8 - Certificado de formação “Cuidados Centrados na Pessoa: Comunicação”

**Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.**  
**Gabinete Coordenador da Formação**

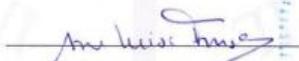
(Unidade Formativa Acreditada por Despacho Ministerial de 26/02/01)

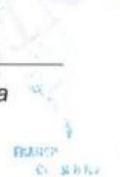
**DECLARAÇÃO**

Declara-se que **Ana Rosete Oliveira** frequentou a Ação de Formação «**Cuidados Centrados na Pessoa: comunicação**», que decorreu no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., nos dias 8 de abril e 27 de maio de 2024, com a duração total de 16 horas.

Coimbra, 6 de fevereiro de 2025

A Coordenadora do Gabinete  
Coordenador da Formação

  
Dr<sup>a</sup> Ana Luísa Fonseca

  
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA  
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

ANEXO 9 – Certificado de participação com poster no I Congresso Internacional NEEMC da ULSBM

**CONGRESSO INTERNACIONAL NEEMC**  
DO NÚCLEO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM MÉDICO-CIRÚRGICA DA ULSBM

**INTERVIR E VALORIZAR**  
21 - 22 JANEIRO 2025  
CENTRO DE ARTES E ESPETÁCULOS DA FIGUEIRA DA FOZ

**CERTIFICADO**  
CERTIFICADO N.º 496 NEEMC/EP2025

Certifica-se que Ana Rosete de Oliveira, apresentou o E-Poster intitulado "A implementação da técnica ISBAR numa Unidade de Convalescença: um projeto de melhoria contínua", no I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025, realizado na Figueira da Foz nos dias 21 e 22 de janeiro de 2025.  
**Outros Autores:** Liliana Ramalho Gonçalves

Figueira da Foz, 22 de janeiro de 2025

*Ana Raquel Santos*  
D<sup>ra</sup> ANA RAQUEL SANTOS  
Presidente Conselho de Administração - Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E. P. E.

*Helene Malta*  
HÉLENE MALTA  
Presidente da comissão científica

ATIVIDADE ACREDITADA  
PELO GRUPO DE ENFERMEIROS  
0,50 CDP

Núcleo dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM)  
Gala - S. Pedro 3094-001 Figueira da Foz | Portugal  
neemc.2025@ulsbm.min-saude.pt | +351 233 40 20 00

NEEMC REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE ULS BAIXO MONDEGO

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1- Projeto de Desenvolvimento de Competências na componente clínica



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**Projeto de Desenvolvimento de Competências na Componente  
Clínica**

Ana Rosete de Oliveira

**Coimbra, abril de 2024**



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**Projeto de Desenvolvimento de Competências na Componente  
Clínica: Unidade de Convalescença**

Ana Rosete de Oliveira

Orientadora: Sr. Professora Doutora Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Tutora: Enf. Liliana Ramalho Gonçalves

**Coimbra, abril de 2024**

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE APRENDIZAGEM</b>	<b>6</b>
<b>2. ANÁLISE SWOT</b>	<b>7</b>
<b>3. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA COMPONENTE CLÍNICA</b>	<b>8</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>14</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>15</b>

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Análise SWOT

Tabela 2: Atividades relativas às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Tabela 3: Atividades relativas às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crónica

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos assistimos a uma profunda alteração no panorama da saúde nacional. Os desenvolvimentos científico e tecnológico proporcionaram as condições para um aumento gradual da prevalência das doenças crónicas e estas representam um enorme desafio para as sociedades atuais, mais concretamente para os serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que as doenças crónicas são responsáveis por cerca de 60% das mortes em todo o mundo (Lee et al., 2018)

De acordo com a evidência mais recente, a prevalência de doenças crónicas do foro cérebro- cardiovascular, oncológico, metabólico e respiratório predominam na população portuguesa (Sousa et al., 2021).

Viver com doença crónica e com a sua imprevisibilidade tem um efeito impactante na pessoa e na família, uma vez que as suas especificidades tornam necessária a autogestão e o autocuidado no dia a dia, o que transfere a responsabilidade do profissional para a pessoa e família. Torna-se então importante desenvolver capacidades e aptidões que permitam às pessoas agir com segurança (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

Neste novo paradigma o enfermeiro deverá assumir-se como um agente favorecedor de mudança de comportamentos e como um elo de ligação entre a pessoa/família, o ambiente com o qual esta interage e o sistema de saúde.

A área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crónica tem como principal objetivo o desenvolvimento de competências específicas, por parte do profissional de enfermagem, para prestar cuidados de enfermagem especializados que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico. Estes cuidados de enfermagem especializados permitem capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros define ainda as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas podendo as mesmas ser definidas como competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de

cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A realização da Componente clínica em pessoa em situação crónica apresenta-se como um dos momentos de aprendizagem com maior relevo ao longo deste mestrado, pois permite estabelecer um vínculo e articulação entre os conteúdos lecionados durante o período teórico e a prática clínica, com o objetivo final de desenvolver competências comuns e específicas.

Os objetivos a concretizar nesta componente clínica são:

- Demonstrar uma atitude analítica e reflexiva sobre a prestação de cuidados à pessoa com doença crónica e os contextos da prestação;
- Aplicar conhecimentos diferenciados na conceção e gestão de cuidados de enfermagem, nos diferentes contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crónica;
- Dinamizar e desenvolver trabalho cooperativo e interdisciplinar no cuidado da pessoa em situação crónica;
- Gerir processos de mudança e inovação nos diferentes contextos de cuidados à pessoa em situação crónica;
- Desenvolver competências de liderança de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crónica em diferentes contextos.

Com este trabalho pretende-se a realização de um projeto de desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crónica, na componente clínica. Assim foi elaborado um planeamento do ensino clínico, onde serão identificadas as atividades que se pretendem desenvolver para atingir as competências comuns e específicas.

A concretização deste trabalho segue normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2023).

Neste sentido o presente documento encontra-se estruturado por uma introdução, seguindo-se uma descrição do contexto de aprendizagem, uma análise Swot, o projeto de desenvolvimento de competências na componente clínica e por fim uma breve conclusão.

## 1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE APRENDIZAGEM

A Componente clínica em pessoa em situação crónica será realizada num hospital da região centro.

Esta unidade tem como visão ser reconhecida como hospital de proximidade e como unidade de cuidados continuados que garantam serviços pautados pela qualidade clínica, pela satisfação dos utentes e pela sustentabilidade social e financeira, afirmando-se como uma micro-organização de saúde do século XXI. Além disso, tem um projeto galardoado, designado “Hospital Amigo dos + Velhos”.

Integrou recentemente uma Unidade Local de Saúde, encontrando-se assim num processo de transição e transformação.

O serviço onde será realizada a componente clínica será a Unidade de Convalescença.

Esta unidade possui atualmente 30 camas, divide-se por dois pisos ( piso 0 e piso 1) e tem uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social, psicóloga e fisioterapeutas. A mesma equipa integra ainda o Serviço de Medicina, com 7 camas e que se encontra no piso 1.

No que diz respeito à equipa de Enfermagem, esta é composta por 24 elementos. Destes 24 elementos, 1 encontra-se em funções de gestão e chefia e 23 na prestação direta de cuidados. O período de trabalho da equipa de enfermagem é organizado em 3 turnos: turno da manhã, turno da tarde e turno da noite. No turno da manhã está presente o enfermeiro com funções de gestão e chefia (apenas durante os dias úteis). O método de trabalho adotado é o método de enfermeiro responsável.

Todas as semanas existe uma reunião multidisciplinar onde se discutem todos os casos clínicos e a sua evolução clínica. Além disso, realizam reuniões familiares onde se contextualiza a família da evolução da situação clínica da pessoa internada e se planeia a alta clínica.

O ensino clínico decorrerá entre a Unidade de Convalescença, o serviço de Medicina e a Consulta de Feridas Complexas (o que permitirá desenvolver as competências adquiridas na unidade curricular de Feridas e Viabilidade Tecidual).

## 2. ANÁLISE SWOT

De maneira a analisar o potencial para realizar o meu projeto de desenvolvimento de competências na componente clínica decidi realizar uma análise SWOT. Este instrumento de análise pretende identificar os fatores promotores e dificultadores da implementação deste projeto de Componente clínica em pessoa em situação crónica. Dentro dos fatores promotores estão incluídas as forças relacionadas com as características internas da Unidade de Convalescença, assim como as oportunidades que são externas à mesma. Relativamente aos fatores dificultadores aplica-se o mesmo princípio, uma vez mais são identificadas as fraquezas internas da Unidade, assim como as ameaças externas.

Tabela 1: Análise SWOT

	<b>Fatores Positivos</b>	<b>Fatores Negativos</b>
<b>Fatores internos</b>	<b>S (forças)</b>  Chefia de enfermagem motivada para projetos de melhoria da qualidade e segurança;  Equipa de enfermagem jovem e motivada;  Possibilidade de atualização de Guidelines e protocolos no serviço;	<b>W (Fraquezas)</b>  Escassez de tempo de componente clínica para realização de projetos de intervenção no serviço;  Recursos humanos limitados que impossibilitam a realização de sessões de formação em número e tempo adequados.
<b>Fatores externos</b>	<b>O (Oportunidades)</b>  Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados;  Possibilidade de implementação de sessões de formação através das novas tecnologias, nomeadamente através da disponibilização da mesma a toda a equipa de enfermagem em formato digital.	<b>T (Ameaças)</b>  Integração da unidade hospitalar na ULS;  Incerteza relativamente à continuidade de projetos implementados na unidade hospitalar;

### **3. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA COMPONENTE CLÍNICA**

Para desenvolver o projeto houve recurso às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crónica de modo a definir as atividades a desenvolver.

Assim serão definidas atividades relativas às seguintes competências:

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista relativas ao domínio da/o:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;

- b) Melhoria contínua da qualidade;

- c) Gestão dos cuidados;

- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

- Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crónica:

- 1 — Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;

- 1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica;

- 1.2 — Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica;

- 1.3 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos;

- 1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica;

2 — Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;

2.1 — Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica;

2.2 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação;

2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.

Tendo como ponto de partida os objetivos a concretizar nesta componente clínica descritos anteriormente, foram definidos objetivos específicos para cada domínio.

Tabela 2: Atividades relativas às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<b>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</b>			
<b>Domínio</b>	<b>Competência</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>
<b>Responsabilidade profissional, ética e legal;</b>	A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;	1. Participar na construção da tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização de conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular: Ética e deontologia;</li> <li>• Revisão documentos orientadores do exercício da enfermagem, nomeadamente: Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e Deontologia Profissional, integrada no estatuto da OE;</li> <li>• Promoção de reflexões críticas sobre os processos de tomada de decisão e problemas e/ou dilemas éticos que possam surgir com a enfermeira Tutora ou outros elementos da equipa;</li> <li>• Participação em reuniões multidisciplinares semanais e reuniões familiares.</li> </ul>
	A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	2. Integrar na minha prática clínica as orientações dos documentos que regulam a profissão de enfermagem, nomeadamente: Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros e o Código  3. Identificar os argumentos ético-deontológicos e legais que sustentam a tomada de decisão em situações complexas;  4. Desenvolver uma atitude reflexiva sobre os dilemas éticos, legais e deontológicos vivenciados;  5. Incluir o doente/família nos cuidados prestados e no processo de tomada de decisão, desenvolvendo uma prática clínica baseada no respeito pelos direitos humanos e características individuais de todos os envolvidos no processo.	

<b>Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b>	<p>B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar a caracterização dos recursos humanos, materiais e organizacionais da Unidade de Saúde e Unidade de Convalescença onde vou realizar o estágio;</li> <li>2. Colaborar nos projetos de melhoria existentes e identificar possíveis oportunidades e estratégias de melhoria;</li> <li>3. Promover um ambiente terapêutico seguro, identificando potenciais riscos para os prestadores de cuidados e doentes;</li> <li>4. Conhecer o sistema utilizado para participação de riscos e incidentes adversos;</li> <li>5. Colaborar, desenvolver e implementar estratégias na área do aumento da segurança de doentes e elementos da equipa multidisciplinar (Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde; Segurança na medicação)</li> </ol>	<p>Revisão bibliográfica e integração na prática clínica das normas e guidelines internacionais, nacionais e institucionais na área da melhoria contínua da qualidade;</p> <p>Pesquisa das normas, protocolos e projetos e programas de melhoria contínua Unidade de Saúde e Unidade de Convalescença;</p> <p>Reflexão sobre as práticas com a Enfermeira tutora e com a equipa;</p> <p>Promoção de implementação de estratégias na segurança do doente em colaboração com a Enfermeira tutora (Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde; Segurança na medicação)</p>
--	---	---	---

<b>Domínio da gestão dos cuidados</b>	<p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compreender as competências do enfermeiro especialista na gestão da equipa e do serviço;</li> <li>2. Desenvolver a capacidade de avaliação de necessidade de referenciação para outros elementos da equipa de saúde;</li> <li>3. Desenvolver uma boa capacidade de comunicação e colaboração com os elementos da equipa multiprofissional;</li> <li>4. Garantir a segurança e qualidade dos cuidados nas tarefas delegadas;</li> <li>5. Apresentar um papel ativo e informado nas decisões da equipa multiprofissional;</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mobilização de conhecimentos adquiridos e pesquisa sobre: dotações seguras, melhoria contínua da qualidade, gestão do risco e segurança do doente, sistemas de informação, metodologias de organização do trabalho em enfermagem e gestão de recursos;</li> <li>•Realização de alguns turnos com a enfermeira coordenadora para compreender a sua atuação enquanto gestora do serviço;</li> <li>• Caracterização da equipa de enfermagem de modo a compreender a organização dos recursos humanos às necessidades de cuidados;</li> <li>•Observação e reflexão sobre a atuação da enfermeira orientadora quando se encontrar como enfermeira responsável de turno.</li> </ul>
---------------------------------------	--	--	---

<b>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>	<p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refletir sobre fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar;</li> <li>2. Compreender a influência das minhas características pessoais nas relações que estabeleço com os restantes prestadores de cuidados e doentes;</li> <li>3. Desenvolver a capacidade de integrar as minhas características pessoais nos cuidados prestados;</li> <li>4. Colaborar como formador informal dos restantes elementos da equipa multidisciplinar, quando se demonstrar oportuno;</li> <li>5. Realizar pesquisa bibliográfica sobre os cuidados prestados, de modo a desenvolver uma prática baseada na evidência científica mais atual;</li> <li>6. Identificar necessidades de formação, de modo a atuar como formadora;</li> <li>7. Frequentar ações de formação que contribuam para o desenvolvimento de competências;</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão sobre a minha atuação enquanto futura enfermeira especialista;</li> <li>• Promoção de momentos de formação à equipa (Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde; Segurança na medicação);</li> <li>• Mobilização de conhecimentos adquiridos e pesquisa bibliográfica de modo a desenvolver uma prática baseada na evidência científica mais atual;</li> <li>• Frequência de formações nas áreas de interesse;</li> </ul>
---	--	---	---

Tabela 3: Atividades relativas às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crónica

<b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica</b>			
<b>Domínio</b>	<b>Competência</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades a Desenvolver</b>
<b>Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica</b>	1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica;	1. Aplicar os conteúdos desenvolvidos nas Unidades Curriculares de Processos Complexos de doença na pessoa em situação crónica, Organização dos serviços e da prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, Gestão da doença crónica e Cuidados de enfermagem à pessoa em situação de doença crónica;	Realização de análise de caso clínico;  Participação em reuniões de serviço multidisciplinares;  Participação em reuniões familiares;
	1.2 — Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica;	2. Desenvolver a capacidade de realizar cuidados clínicos de elevada complexidade junto da pessoa e família em situação crónica;	Revisão bibliográfica e integração na prática clínica das normas e guidelines internacionais e nacionais sobre a prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos;
	1.3 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de	3. Gerir protocolos terapêuticos complexos, avaliando as respostas e adequando cuidados;	Pesquisa das normas de prevenção e controlo de infeção da Instituição e da Unidade de Convalescença;
		4. Adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas para a capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares, para a autogestão e promoção da saúde em pessoas com doença prolongada e incapacidades crónicas;	Realização, se possível, de turno de observação no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da ULS;
		5. Implementar diagnósticos de enfermagem apropriados à pessoa e família em situação crónica;	
		6. Envolver a pessoa, família/cuidadores na avaliação	

	<p>infecção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos;</p> <p>1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica.</p>	<p>do plano de cuidados;</p> <p>7. Desenvolver a minha prática clínica junto da pessoa/família em situação crónica, conforme as competências teóricas previamente adquiridas na área do controlo e prevenção de infecção;</p>	
--	---	---	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crônica</b></p>	<p>2.1 — Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crônica;</p> <p>2.2 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação;</p> <p>2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.</p>	<p>1. Demonstrar conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas, família/cuidador com doença crônica;</p> <p>2. Elaborar planos de cuidados que favoreçam os processos de adaptação/transição situacional e que procurem capacitar a pessoa na gestão do processo saúde -doença;</p> <p>3. Atuar na gestão da dor aguda e crônica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas;</p> <p>4. Adquirir conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica;</p> <p>6. Intervir e fomentar a cultura de segurança dos cuidados especializados na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;</p> <p>7. Reconhecer situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado e fomentar medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa</p>	<p>Realização de estudo de caso;</p> <p>Realização de turnos de observação com a enfermeira tutora na consulta de Feridas Complexas;</p> <p>Promoção de implementação de estratégias na segurança do doente em colaboração com a Enfermeira tutora (Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde; Segurança na medicação)</p>
---	---	--	---

## CONCLUSÃO

A realização da Componente Clínica em Pessoa em Situação Crónica será uma oportunidade única para aplicar e desenvolver as competências teóricas adquiridas.

O enfermeiro especialista, no seio da equipa, tende a ser considerado uma referência na prestação de cuidados e na tomada de decisão, apresentando um conjunto de competências comuns e específicas que diferenciam a sua ação.

No que diz respeito ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crónica, este apresenta competências específicas no tratamento à pessoa/família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crónica. Atendendo às limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta, o enfermeiro especialista responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Tendo em conta estes pressupostos, salienta-se, porém, que os objetivos estabelecidos numa fase inicial do ensino clínico, poderão vir a ser alterados e adaptados durante o decorrer do mesmo, tendo em conta as oportunidades, a duração do estágio (10 semanas) e as próprias contingências decorrentes do período de transição que a Unidade Hospitalar enfrenta.

## BIBLIOGRAFIA

- Conselho Pedagógico. (2024). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). *Autocuidado: Um Foco Central Da Enfermagem* (Escola Superior de Enfermagem do Porto, Ed.). [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)
- Lee, J. A., Choi, M., Lee, S. A., & Jiang, N. (2018). Effective behavioral intervention strategies using mobile health applications for chronic disease management: A systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0591-0>
- Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República nº26/2019- II série de 06 de fevereiro de 2019 (2019).
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crónica, Diário da República, 2.ª série-N.º 135-16 de julho 19359 (2018).
- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In *Autocuidado: Um foco Central da Enfermagem* (pp. 15–26). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39415/1/AUTOCUIDADO UM FOCO CENTRAL PARA A ENFERMAGEM.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39415/1/AUTOCUIDADO_UM_FOCO_CENTRAL_PARA_A_ENFERMAGEM.pdf)

APÊNDICE 2- Projeto de Desenvolvimento de Competências Unidade Curricular:  
Estágio com Relatório Final



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**Projeto de Estágio**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório Final**

Ana Rosete de Oliveira

**Coimbra, outubro de 2024**



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**Projeto de Estágio**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório Final**

Ana Rosete de Oliveira

Orientador: Sr. Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

Coorientadora: Sra. Professora Doutora Amélia Filomena Castilho

**Coimbra, outubro de 2024**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>1. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>6</b>
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	6
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA.....	8
<b>2. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>12</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>14</b>

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que as doenças crónicas são responsáveis por cerca de 60% das mortes em todo o mundo e com enorme impacto na morbimortalidade das populações. Tendo em consideração a evidência mais recente, a prevalência de doenças crónicas do foro cérebro-cardiovascular, oncológico, metabólico e respiratório predomina na população portuguesa (Lee et al., 2018; M. R. Sousa et al., 2021).

Uma população envelhecida com doenças crónicas e múltiplas comorbilidades, em paralelo com a evolução tecnológica e alterações organizacionais que visam promover um maior acesso aos cuidados de saúde, exigem uma redefinição da política de gestão de recursos humanos tornando-se premente o investimento em capital humano, através da especialização dos prestadores (ao nível do seu papel de intervenção, qualificação, número e sua distribuição), para responder a estes novos desafios. A especialização em Enfermagem, uma tendência internacional, tem definido o papel do enfermeiro com funções avançadas ou especializadas, dotando-o de competências específicas (científicas e técnicas), capaz de desempenhar atividades do seu âmbito de competência mais complexas, que extravasam o domínio dos cuidados gerais (Amorim et al., 2018).

Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos, que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma. Desta forma, compete ao enfermeiro especialista mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018b).

De acordo com o Despacho n.º 12790/2022, 2022, o curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica inclui, no segundo ano letivo, o Estágio com Relatório Final.

O projeto de estágio será construído a partir do conhecimento contextualizado da atividade a desenvolver em conjugação com os interesses, necessidades, expectativas e motivações pessoais.

Esta componente de ensino clínico decorrerá na Consulta Eras®, de um Centro Hospitalar numa ULS da região centro. O programa Eras® para cirurgia colorretal está

implementado no Centro Hospitalar desde 2019, tendo sido alargado a outros grupos cirúrgicos como cirurgia hepatobiliar e cirurgia bariátrica e encontrando-se em fase de implementação para cirúrgica pancreática, torácica, transplantação hepática e ginecológica (cesarianas).

O programa Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) tem demonstrado ser importante para os doentes, não apenas pelos resultados finais, como diminuição do tempo de internamento, diminuição de reinternamentos e diminuição das complicações pós-operatórias, mas também porque contribui para uma mudança na atitude dos clientes. Pressupõe que há uma transição de paradigma do conceito de sick patient para empowered patient e deste modo, conta com uma participação mais ativa do cliente no seu processo cirúrgico e na sua recuperação (Herbert et al., 2017).

Embora as decisões para os doentes sejam bem delineadas por diretrizes, com amplo consenso entre os profissionais, a tendência é o acompanhamento por uma equipa multidisciplinar nas quais os doentes são atendidos simultaneamente por várias especialidades conforme a necessidade, sendo essencial a presença do enfermeiro num modelo de enfermeiros navegadores ou gerentes de caso/coordenadores de cuidados (Singal et al., 2023).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica deve adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto (Regulamento n.o 429/2018, 2018).

Este ensino clínico tem como premissa desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área dos cuidados à pessoa em situação crónica, através do aprofundamento de conhecimentos, da ação, da problematização com os pares, enfermeira tutora e Professor Orientador e sofrendo a influência das contingências de forma a promover o desenvolvimento pessoal e profissional, de competências crítico-reflexivas, de planeamento, de tomada de decisão e de resolução de problemas complexos.

Os objetivos a concretizar nesta componente clínica são:

- Demonstrar uma atitude analítica e reflexiva sobre a prestação de cuidados à pessoa com doença crónica e os contextos da prestação;
- Aplicar conhecimentos diferenciados na conceção e gestão de cuidados de enfermagem, nos diferentes contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crónica;

-Dinamizar e desenvolver trabalho cooperativo e interdisciplinar no cuidado da pessoa em situação crónica;

-Gerir processos de mudança e inovação nos diferentes contextos de cuidados à pessoa em situação crónica;

-Desenvolver competências de liderança de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crónica em diferentes contextos.

Para a concretização deste projeto de estágio houve recurso às normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024).

Com este trabalho pretende-se a realização de um projeto de desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crónica, na componente clínica. Assim foi elaborado um planeamento do ensino clínico, onde serão identificadas as atividades que se pretendem desenvolver para atingir as competências comuns e específicas.

Desta forma, o presente documento é composto por uma introdução, um projeto de desenvolvimento de competências, dividindo-se em competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas, uma breve abordagem à componente de investigação, um cronograma de atividade e por último as considerações finais.

## 1. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Para a elaboração deste projeto, houve recurso às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crónica, de modo a definir as atividades a desenvolver. Tendo como ponto de partida os objetivos a concretizar nesta componente clínica descritos anteriormente, foram definidos objetivos específicos para cada domínio e as atividades a desenvolver.

### 1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

<b>Responsabilidade profissional, ética e legal</b>
<b>Competência</b> A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
<b>Objetivos específicos</b> 1. Participar na construção da tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas; 2. Integrar na minha prática clínica as orientações dos documentos que regulam a profissão de enfermagem, nomeadamente: Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico Profissional; 3. Identificar os argumentos ético-deontológicos e legais que sustentam a tomada de decisão em situações complexas; 4. Desenvolver uma atitude reflexiva sobre os dilemas éticos, legais e deontológicos vivenciados; 5. Incluir o doente/família nos cuidados prestados e no processo de tomada de decisão, desenvolvendo uma prática clínica baseada no respeito pelos direitos humanos e características individuais de todos os envolvidos no processo de cuidados.
<b>Atividades a desenvolver</b> • Mobilização de conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular: Ética e Deontologia; • Revisão documentos orientadores do exercício da enfermagem, nomeadamente: Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e Deontologia Profissional, integrada no estatuto da OE; • Promoção de reflexões críticas sobre os processos de tomada de decisão e problemas e/ou dilemas éticos que possam surgir com a enfermeira Tutora ou outros elementos da equipa; • Participação em reuniões multidisciplinares, sempre que possível.

<b>Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b>
<p><b>Competência</b></p> <p>B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>
<p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar a caracterização dos recursos humanos, materiais e organizacionais da Consulta Eras onde será realizado o estágio;</li> <li>2. Colaborar nos projetos de melhoria existentes e identificar possíveis oportunidades e estratégias de melhoria;</li> <li>3. Promover um ambiente terapêutico seguro, identificando potenciais riscos para os prestadores de cuidados e doentes;</li> <li>4. Conhecer o sistema utilizado para participação de riscos e incidentes adversos;</li> <li>5. Colaborar, desenvolver e implementar estratégias na área do aumento da segurança de doentes e elementos da equipa multidisciplinar.</li> </ol>
<p><b>Atividades a desenvolver</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão bibliográfica e integração na prática clínica das normas e guidelines internacionais, nacionais e institucionais na área da melhoria contínua da qualidade;</li> <li>• Pesquisa das normas, protocolos, projetos e programas de melhoria contínua na ULS Coimbra;</li> <li>• Participação nos projetos de melhoria previstos;</li> <li>• Reflexão sobre as práticas com a Enfermeira tutora e com a equipa;</li> <li>• Promoção de implementação de estratégias na segurança do doente em colaboração com a Enfermeira tutora</li> </ul>

<b>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</b>
<b>Domínio da gestão dos cuidados</b>
<p><b>Competência</b></p> <p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>
<p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compreender as competências do enfermeiro especialista na gestão da equipa e do serviço;</li> <li>2. Desenvolver a capacidade de avaliação de necessidade de referenciação para outros elementos da equipa de saúde;</li> <li>3. Desenvolver uma boa capacidade de comunicação e colaboração com os elementos da equipa multiprofissional;</li> </ol>

4. Garantir a segurança e qualidade dos cuidados;

5. Apresentar um papel ativo e informado nas decisões da equipa multiprofissional;

**Atividades a desenvolver**

•Mobilização de conhecimentos adquiridos e pesquisa sobre: dotações seguras, melhoria contínua da qualidade, gestão do risco e segurança do doente, sistemas de informação, metodologias de organização do trabalho em enfermagem e gestão de recursos;

•Realização de alguns turnos com o Enfermeiro Gestor para compreender a sua atuação enquanto gestor do serviço;

• Caracterização da equipa de enfermagem de modo a compreender a organização dos recursos humanos às necessidades de cuidados;

•Observação e reflexão sobre a atuação da Enfermeira Orientadora quando se encontrar em funções de coordenação.

<b>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>
<p><b>Competência</b></p> <p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>
<p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refletir sobre fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar;</li> <li>2. Compreender a influência das minhas características pessoais nas relações que estabeleço com os restantes prestadores de cuidados e doentes;</li> <li>3. Desenvolver a capacidade de integrar as minhas características pessoais nos cuidados prestados;</li> <li>4. Colaborar como formador informal dos restantes elementos da equipa multidisciplinar, quando se demonstrar oportuno;</li> <li>5. Realizar pesquisa bibliográfica sobre os cuidados prestados, de modo a desenvolver uma prática baseada na evidência científica mais atual;</li> <li>6. Identificar necessidades de formação, de modo a atuar como formadora;</li> <li>7. Frequentar ações de formação que contribuam para o desenvolvimento de competências</li> </ol>
<p><b>Atividades a desenvolver</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão sobre a minha atuação enquanto futura enfermeira especialista;</li> <li>• Promoção de momentos de formação às equipas dos internamentos sobre o programa Eras®, se oportuno;</li> <li>• Mobilização de conhecimentos adquiridos e pesquisa bibliográfica de modo a desenvolver uma prática baseada na evidência científica mais atual;</li> <li>• Frequência de formações nas áreas de interesse (Oncologia, Programa Eras®);</li> <li>• Participação em formações programadas para a implementação do programa Eras® em novas áreas cirúrgicas (cirurgia torácica, ginecológica, pancreática e transplantação hepática).</li> </ul>

## 1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

<b>Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica</b>
<p><b>Competência</b></p> <p>1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica;</p> <p>1.2 — Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica;</p> <p>1.3 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos;</p> <p>1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica.</p>
<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>1. Aplicar os conteúdos desenvolvidos nas Unidades Curriculares de Processos Complexos de doença na pessoa em situação crónica, Organização dos serviços e da prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, Gestão da doença crónica e Cuidados de enfermagem à pessoa em situação de doença crónica;</p> <p>2. Desenvolver a capacidade de realizar cuidados clínicos de elevada complexidade junto da pessoa e família em situação crónica;</p> <p>3. Gerir protocolos terapêuticos complexos, avaliando as respostas e adequando cuidados;</p> <p>4. Adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas para a capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares, para a autogestão e promoção da saúde em pessoas com doença prolongada e incapacidades crónicas;</p> <p>5. Implementar diagnósticos de enfermagem apropriados à pessoa e família em situação crónica;</p> <p>6. Envolver a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados;</p> <p>7. Desenvolver a minha prática clínica junto da pessoa/família em situação crónica, conforme as competências teóricas previamente adquiridas na área do controlo e prevenção de infeção;</p>

**Atividades a desenvolver**

- Participação em reuniões de serviço multidisciplinares;
- Participação nos projetos de melhoria previstos;
- Revisão bibliográfica e integração na prática clínica das normas e guidelines internacionais e da ULS Coimbra sobre o Protocolo Eras® (Hepático e Colorretal);
- Realização de consultas de pré-habilitação no programa Eras® (cirurgia Hepática, cirurgia Colorretal, cirurgia Bariátrica);
- Acompanhar o percurso de pré-habilitação de doentes oncológicos na Consulta Eras®;
- Realização de consultas de follow-up telefónico (48h e 30 dias) e utilização da aplicação Up-Hill Health (7º e 14º dia);
- Colaborar na parametrização da Consulta Eras® (sistemas de informação em Enfermagem);
- Colaborar e realizar os processos de auditoria EIAS (cirurgia colorretal e hepática), no sentido de promoção de Melhoria Continua;
- Colaborar na gestão da listagem de doentes inseridos no programa Eras® através da articulação com os profissionais das várias especialidades;
- Revisão bibliográfica e integração na prática clínica das normas e guidelines internacionais e nacionais sobre a prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos;
- Pesquisa das normas de prevenção e controlo de infeção da ULS;
- Realização de turnos de observação com a enfermeira tutora no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da ULS;

**Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica**

**Competência**

- 2.1 — Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica;
- 2.2 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação;
- 2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.

**Objetivos específicos**

1. Demonstrar conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas, família/cuidador com doença crónica;
2. Elaborar planos de cuidados que favoreçam os processos de adaptação/transição situacional e que procurem capacitar a pessoa na gestão do processo saúde -doença;
3. Intervir e fomentar a cultura de segurança dos cuidados especializados na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;
4. Reconhecer situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado e fomentar medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa

**Atividades a desenvolver**

- Realização de visita no internamento e acompanhamento do percurso perioperatório do doente ERAS® (preferencialmente doente oncológico hepático ou colorretal);
- Acompanhar o percurso de pré-habilitação de doentes oncológicos na Consulta Eras®;
- Realização de consultas de pré-habilitação no programa Eras® (cirurgia Hepática, cirurgia Colorretal, cirurgia Bariátrica);
- Realização de turnos de observação com a enfermeira tutora no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos da ULS;
- Promoção e implementação de estratégias na segurança do doente em colaboração com a Enfermeira tutora

## **2. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

Nesta fase do projeto de estágio existe a necessidade de abordar a componente de investigação que será igualmente desenvolvida durante este ensino clínico. A minha área de interesse será no âmbito do doente oncológico, uma vez que a minha prática profissional se desenvolve nesta área. Tendo a oportunidade de realizar o ensino clínico na consulta Eras® Hepática e Colorretal e devido à minha experiência na consulta Eras® Colorretal na minha própria instituição, procuro que a minha componente de investigação se direcione para o doente digestivo oncológico.

Os enfermeiros são o pilar de apoio em muitas áreas do sistema de saúde. O domínio da pré-habilitação não é exceção a este facto, com o contributo fundamental da enfermagem. É necessária uma combinação de cuidados ao doente, conhecimentos médicos e capacidades de gestão para modificar a via perioperatória e introduzir o conceito de pré-habilitação. A equipa de enfermagem está idealmente posicionada para desenvolver e executar um programa de abordagem clínica de pré-habilitação eficaz (Engel, 2022).

De forma a desenvolver a componente de investigação, pretendo realizar uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL).

Na atualidade, a RSL constitui-se como um dos instrumentos essenciais à afirmação da Enfermagem baseada na evidência, que em associação com a experiência profissional e o valor atribuído à centralidade da pessoa quanto às suas preferências e valores, permite sustentar uma prática baseada na evidência (PBE) (Amendoeira et al., 2022).

Título da revisão - A efetividade da implementação de um programa de pré-habilitação/empowerment em doentes oncológicos submetidos a cirurgia digestiva: revisão sistemática.

A questão de investigação PICO elaborada foi: Qual a efetividade de um programa de empowerment na recuperação pós-operatória de doentes oncológicos submetidos a cirurgia do sistema digestivo?

### 3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES Quadro síntese esquemático das atividades a desenvolver ao longo do período de ensino clínico.

meses	setembro			outubro				novembro				dezembro			janeiro				fevereiro			
semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª		15ª	16ª	17ª	18ª	19ª		
dias	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	18	6	13	20	27	3		
	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	17	3	10	17	24	31	7		
atividades																						
Pesquisa das normas, protocolos, projetos e programas de melhoria contínua na ULS Coimbra;																						
Elaboração do projeto de estágio																						
Realização de consultas de pré-habilitação no programa Eras (cirurgia Hepática, cirurgia Colorretal, cirurgia Bariátrica);																						
Realização de consultas de follow-up telefónico (48h e 30 dias) e utilização da aplicação Up-Hill Health (7º e 14º dia);																						
Colaborar e realizar os processos de auditoria EIAS																						
Colaboração nos projetos de melhoria da Equipa Eras																						
Participação em formações para a implementação do programa Eras em novas áreas cirúrgicas																						



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização da unidade curricular de estágio com relatório final será uma oportunidade única para aplicar e desenvolver as competências teóricas adquiridas e desenvolver a componente de investigação.

O enfermeiro especialista, no seio da equipa, tende a ser considerado uma referência na prestação de cuidados e na tomada de decisão, apresentando um conjunto de competências comuns e específicas que diferenciam a sua ação.

No que diz respeito ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crónica, este apresenta competências específicas no tratamento à pessoa/família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crónica. Atendendo às limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta, o enfermeiro especialista responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Tendo em conta estes pressupostos, salienta-se, porém, que os objetivos estabelecidos numa fase inicial do ensino clínico, poderão vir a ser alterados e adaptados durante o decorrer do mesmo, tendo em conta as oportunidades e a duração do estágio (19 semanas).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J., Silva, M., Ferreira, R., & Dias, H. (2022). *Revisão Sistemática de Literatura: A Scoping Review* (J. Amendoeira, Ed.; UMIS\_UI\_IPSantarém).
- Amorim, M., Sofia, L., Gomes, C., & Almada-Lobo, B. (2018). OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS COMO RESPOSTA À EVOLUÇÃO DAS NECESSIDADES EM CUIDADOS DE SAÚDE. [www.inesctec.pt](http://www.inesctec.pt)
- Conselho Pedagógico. (2024). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Despacho n.º 12790/2022, Pub. L. No. 213, Criação do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico- -Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica 116 (2022). [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Engel, D. (2022). Setting Up a Prehabilitation Unit: Successes and Challenges. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(5). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151334>
- Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A., & Atkinson, C. (2017). Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: A qualitative investigation. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2547-y>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Em Diário da República: , 2.ª série, n.º 135 n.º 135/2018, 19359-19370
- Singal, A. G., Llovet, J. M., Yarrow, M., Mehta, N., Heimbach, J. K., Dawson, L. A., Jou, J. H., Kulik, L. M., Agopian, V. G., Marrero, J. A., Mendiratta-Lala, M., Brown, D. B., Rilling, W. S., Goyal, L., Wei, A. C., & Taddei, T. H. (2023). AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 78(6), 1922–1965. <https://doi.org/10.1097/HEP.0000000000000466>
- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 15–26). [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)

APÊNDICE 3- Projeto padrão documental dos cuidados de enfermagem: consulta  
Eras®



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:**

**Consulta ERAS®**

Ana Rosete de Oliveira  
Rita Isabel Figueira Rebola

Coimbra, janeiro de 2025



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:**

**Consulta ERAS®**

Ana Rosete de Oliveira

Rita Isabel Figueira Rebola

Orientador: Sr. Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

Trabalho realizado no âmbito do Estágio com Relatório Final

Coimbra, janeiro de 2025

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

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

**ERAS®** - *Enhanced Recovery After Surgery*

**LAR** – *Low anterior resection*

**LARS** - *Low anterior resection syndrome*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**SClínico** – Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares

**SIE** – Sistemas de Informação em Enfermagem

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**SPMS** – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

**ULS** – Unidade Local de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma Gestão do Regime Terapêutico	15
Figura 2. Fluxograma Conhecimento sobre Gestão Regime Medicamentoso	16
Figura 3. Fluxograma Conhecimento sobre Gestão Regime Dietético	17
Figura 4. Fluxograma Conhecimento sobre Gestão Regime de Exercício	17
Figura 5. Fluxograma Aceitação do Estado de Saúde	18
Figura 6. Fluxograma Conhecimento sobre pré e pós-operatório	19
Figura 7. Fluxograma AUTO CUIDADO	21
Figura 8. Fluxograma Papel Prestador de Cuidados	22
Figura 9. Fluxograma Comportamentos de Adesão	23
Figura 10. Fluxograma Adesão ao Regime Dietético	24
Figura 11. Fluxograma Adesão ao Regime de Exercício	24
Figura 12. Fluxograma Adesão ao Regime Medicamentoso	25
Figura 13. Fluxograma Autocontrole: Incontinência Intestinal	25
Figura 14. Fluxograma Uso de Substâncias	26
Figura 15. Fluxograma Dor	27

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	8
<b>1. CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA E DE FOLLOW-UP</b>	9
<b>2. LINGUAGEM CIPE</b>	12
<b>3. PADRÃO DOCUMENTAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA CONSULTA ERAS®</b>	15
3.1. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	15
3.2. ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	18
3.3. CONHECIMENTO	18
3.4. AUTOCUIDADO	20
3.5. PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS	21
3.6. COMPORTAMENTOS DE ADESÃO	23
3.7. AUTO CONTROLO: CONTINÊNCIA INTESTINAL	25
3.8. USO DE SUBSTÂNCIAS	26
3.9. DOR	27
<b>CONCLUSÃO</b>	29
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	31

## INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto disciplina do conhecimento tem vindo a crescer pela identificação de áreas de intervenção autónomas e pela definição de uma linguagem classificada comum (Bastos et al., 2021).

Esta evolução coloca vários desafios para os quais os enfermeiros devem estar preparados, com uma base concetual sustentada e usando o processo de tomada de decisão organizado para responder adequadamente às necessidades específicas da pessoa. Além disso, associado a este processo de tomada de decisão é indissociável o recurso aos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) em que os registos devem ser um reflexo da prática de cuidados. A informação gerada é essencial para a gestão dos cuidados de saúde, que se deverá basear em indicadores válidos permitindo traduzir as experiências e estratégias implementadas pelos enfermeiros e os respetivos ganhos em saúde (França, 2022).

Por outro lado, surge também a necessidade de estabelecer uma parametrização por unidades de cuidados, o que gerou a oportunidade de os enfermeiros refletirem sobre a sua prática clínica, analisando quais os fenómenos, diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes e que mais eficientemente lhes dão resposta.

No âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório Final foi proposto o desenvolvimento de um documento que responda à necessidade de uma sistematização dos registos de enfermagem da Consulta de Enfermagem ERAS®, recorrendo a linguagem classificada e tendo por base o Padrão Documental da Consulta de Enfermagem.

Através da pesquisa bibliográfica e da consulta dos profissionais de enfermagem do serviço, foram identificados os fenómenos de enfermagem mais relevantes para a prática de cuidados de qualidade à pessoa na consulta de enfermagem pré-operatória ERAS®. Assim, foram identificados os focos, diagnósticos e intervenções associadas a esses mesmos fenómenos, integrados no SClínico através da parametrização institucional de diagnósticos/intervenções de enfermagem.

O objetivo orientador deste trabalho foi implementar um processo de melhoria na documentação dos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros da consulta ERAS®.

## 1. CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA E DE FOLLOW-UP

A consulta de enfermagem pré-operatória reveste-se de uma importância fundamental no acompanhamento do utente pelo enfermeiro, quer na admissão do utente à unidade de cirurgia e na preparação pré-operatória, quer no seguimento durante o pós-operatório, o qual se realiza à distância, uma vez que o utente tem alta para o domicílio alguns dias após a intervenção cirúrgica.

O programa Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) é um programa de cuidados perioperatório cujo objetivo é melhorar resultados cirúrgicos, bem como a recuperação do cliente. O enfermeiro tem intervenção preponderante, nomeadamente, na consulta pré-operatória (Mendes & Ferrito, 2021).

O ERAS® tem demonstrado ser importante para os doentes, não apenas pelos resultados finais, como diminuição do tempo de internamento, de reinternamentos e das complicações pós-operatórias, mas também porque contribui para uma mudança na atitude dos clientes. Pressupõe que há uma transição de paradigma do conceito de *sick patient* para *empowered patient* e, deste modo, conta com uma participação mais ativa do cliente no seu processo cirúrgico e na sua recuperação (Herbert et al., 2017).

Os enfermeiros são o pilar de apoio em muitas áreas do sistema de saúde. O domínio da pré-habilitação não é exceção a este facto, com o contributo fundamental da enfermagem. É necessária uma combinação de cuidados ao doente, conhecimentos médicos e capacidades de gestão para modificar a via perioperatória e introduzir o conceito de pré-habilitação. A equipa de enfermagem está idealmente posicionada para desenvolver e executar um programa de abordagem clínica de pré-habilitação eficaz (Engel, 2022).

Os modelos baseados no empowerment apoiam a mudança de comportamento. Para que as pessoas sejam capazes de assumir a responsabilidade do seu autocuidado, devem conhecer os seus próprios valores, necessidades e objetivos, precisando também de ter conhecimentos sobre a doença e o seu tratamento. O profissional de saúde ajuda a pessoa a identificar as áreas problemáticas em relação à sua doença, ajuda-a a delinear os seus próprios objetivos e a desenvolver um conjunto de estratégias para ultrapassar os possíveis obstáculos que possam impedir esses mesmos objetivos. Além disso, auxiliam a pessoa a determinar a sua motivação para se comprometer com esse plano de mudança (M. R. Sousa et al., 2021).

O recurso a estratégias e ferramentas adequadas na capacitação para a resolução de

problemas e para a mudança comportamental, são essenciais e conduzem-nos para a reflexão sobre como podemos fazê-lo eficazmente e de que forma podemos colocar em prática a relação terapêutica, utilizando com eficiência a comunicação. Os programas ou intervenções educacionais orientadas para a autogestão, apostam na capacitação das pessoas, trabalhando com elas um conjunto de competências facilitadoras da tomada de decisão e da implementação de comportamentos de autocuidado (M. R. Sousa et al., 2021).

Desta forma, quebra-se o paradigma da educação tradicional pautada pela transmissão de informação relacionada especificamente com a situação clínica e com perícias técnicas. Os profissionais de saúde devem incorporar a importância de os cuidados serem centrados na pessoa. É fulcral a integração de uma filosofia que privilegie a promoção da literacia em saúde e facilite a transição de saúde-doença. O papel do profissional é o da capacitação para a autogestão da doença e do regime terapêutico, com vista ao desenvolvimento do máximo potencial de empowerment da pessoa (Sousa et al., 2021).

Esta consulta enquadra-se no âmbito da enfermagem perioperatória, que engloba os cuidados de enfermagem dirigidos aos clientes durante o período pré-, intra- e pós-operatório. Integra um conjunto de intervenções realizadas em diferentes contextos hospitalares, com o objetivo de prestar os melhores e mais adequados cuidados ao cliente cirúrgico (Mendes & Ferrito, 2021).

A implementação da consulta de enfermagem pré-operatória, baseada na melhor evidência disponível em contexto hospitalar, promove uma mudança na prática de cuidados. Contribui para uma melhoria dos processos e dos resultados através de uma melhor preparação do cliente, mais informação e maior colaboração. Desta forma, preconiza-se que no pós-operatório os clientes retomem a sua autonomia, mobilizando-se precocemente, sejam mais informados, mais participativos, com uma experiência cirúrgica mais positiva e com uma tendência para diminuir o tempo médio de internamento (Mendes & Ferrito, 2021).

Ao apresentar uma alta hospitalar mais precoce, a recuperação do doente é alargada ao ambiente comunitário, com 36,8% das complicações a ocorrerem em ambulatório. O follow-up telefónico é o último passo do percurso do ERAS® para apoiar os doentes em ambulatório. Esta intervenção tem como objetivo assegurar a continuidade dos cuidados após a alta, avaliar o seu estado clínico, incluindo os sintomas, o estado nutricional e funcional pós-operatório e determinar se se justificam cuidados adicionais. Serve ainda para apoiar os doentes em ambulatório educando-os proactivamente sobre os “sinais de

alerta”, para que a sua identificação e gestão precoces permitam evitar o reinternamento, para apoiar a gestão da sua medicação, para coordenar os cuidados com a sua equipa de cuidados de saúde primários e para assegurar a marcação da consulta pós-operatória (Takchi et al., 2020).

Na consulta de enfermagem o enfermeiro intervém no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, impactando de forma positiva a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica deve adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto. Além disso, deve fundamentar a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica e documentar a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto de prestação de cuidados (Regulamento n.o 429/2018, 2018).

Designa-se consulta de Enfermagem presencial a consulta que ocorre com a presença física do utente e consulta de Enfermagem não presencial a consulta que ocorre sem a presença física do mesmo, sendo o contacto estabelecido por outros meios como telefone, videochamada, carta, correio eletrónico, representante legal e/ou cuidador (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A informação da consulta de enfermagem deve ser registada em sistema certificado e respeitar as etapas do processo de enfermagem: colheita de dados de enfermagem, formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções e a sua execução e avaliação dos resultados obtidos. Os pressupostos descritos para a consulta de enfermagem devem igualmente ser tidos em conta na teleconsulta de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

## 2. LINGUAGEM CIPE

A documentação do processo de prestação de cuidados de enfermagem tem sido uma preocupação dos enfermeiros há vários anos.

O processo de Enfermagem consiste em diferentes etapas que se conectam de forma dinâmica permitindo uma forma organizada de prestar os cuidados de Enfermagem aos utentes (pessoa, família ou comunidade). É constituído por cinco fases que se desenvolvem num ciclo reflexivo: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação, criando uma estrutura que permite registar a atividade autónoma e colaborativa do enfermeiro, autoafirmando a profissão de Enfermagem e distinguindo-a das restantes profissões da saúde. Além disso, constitui um relevante contributo na melhoria da qualidade dos cuidados uma vez que a documentação em Enfermagem permite uma maior visibilidade da atividade profissional, conferindo cientificidade à profissão (França, 2022).

Como resposta aos desafios que se foram colocando na prática de Enfermagem, existiu a necessidade de se desenvolver uma linguagem uniformizada que servisse de apoio à implementação e documentação dos cuidados. Dos trabalhos desenvolvidos resultou a designada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), com utilização não somente na prática clínica, mas também, no ensino e na investigação, que foi sofrendo sucessivas versões à medida que ia incorporando melhorias (França, 2022).

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) evoluiu de vários sistemas de informação no decurso das últimas décadas, caracterizando-se pela inclusão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e pela parametrização das necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem, os objetivos dos cuidados, as intervenções, os dados da avaliação inicial e os dados da observação/ vigilância contínua do doente, que variavam de unidade para unidade (L. F. M. Sousa, 2023).

O modelo inicial do SAPE serviu principalmente o propósito de gerar oportunidades de reflexão sobre as práticas. Atualmente, numa análise retrospectiva, esse propósito foi adequado; no entanto, existem novos desafios: melhorar a interoperabilidade entre os sistemas, responder à emergência da necessidade de agregar informação sobre os cuidados de enfermagem a nível nacional e melhorar a inteligibilidade da informação de enfermagem para um largo espectro de profissionais da saúde e para os cidadãos (Paiva et al., 2014).

Em Portugal, um grupo de docentes de Enfermagem têm vindo a dedicar-se a esta área

com participação ativa no processo de parametrização dos SIE. A transição da documentação para formato digital criou a necessidade do uso de taxonomias e ontologia em Enfermagem, gerando uma linguagem estruturada como forma de evolução ao uso de registos em suporte de papel. Esta estruturação sistematizada da linguagem permitiu também evoluir nos cuidados prestados por via da necessidade reflexiva (Paiva et al., 2014).

A Escola Superior de Enfermagem do Porto desenvolveu o projeto “NursingOntos”, que se caracteriza como uma ontologia multilingue identificando conceitos, organizando classes ontológicas, aclarando a relação presente entre as classes e descrevendo os seus atributos e propriedades. Além disso, estabeleceram uma parceria com a Ordem dos Enfermeiros, com o objetivo de aprovar esta Ontologia em Enfermagem (França, 2022).

A Ontologia de Enfermagem tem como benefício descrever os conceitos centrais da disciplina, considerando a evidência científica mais atual. A sua utilização contribui para a produção, a nível nacional, de indicadores associados à profissão e em simultâneo permite à OE uniformizar a linguagem profissional dos enfermeiros em uso nos sistemas de informação (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2020), “Com a utilização da Ontologia de Enfermagem torna-se possível desenvolver softwares mais intuitivos e amigáveis que permitam diminuir o tempo dedicado aos registos, melhorando de forma significativa a qualidade da informação”.

A organização dos cuidados de enfermagem deve contemplar a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo mesmo.

O Sistema de Informação amplamente utilizado atualmente é o SClínico (Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares) que foi desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, inserindo-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS. Este sistema prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, garantindo a normalização da informação. Resultou da agregação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e do Sistema de Apoio ao Médico (SAM), passando a existir uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde na unidade hospitalar, que permite acesso, utilização e partilha de informação do processo clínico do utente (SPMS, 2020).

Com a utilização deste SI pretende-se homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, contribuindo para o melhor desempenho dos profissionais de saúde dentro da equipa multidisciplinar, possibilitando o incremento da qualidade dos cuidados prestados ao doente (SPMS, 2020).

Para que possa haver um cuidado contínuo ao doente cirúrgico, os cuidados devem ser sistematizados e a comunicação entre os diferentes setores deve ser também ela sistematizada e fluente desde a admissão, internamento pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Assim, torna-se necessário que o plano de cuidados esteja definido e que a aplicação das intervenções seja operacionalizada no decorrer do processo, com vista à estabilização e reabilitação precoce do doente cirúrgico.

Neste documento foram identificados todos os diagnósticos e intervenções associados aos fenómenos integrados no SClínico através da parametrização institucional de diagnósticos/intervenções de enfermagem. Este Padrão Documental permitirá implementar na Consulta ERAS® registos uniformizados, possibilitando a monitorização de indicadores e assegurando um documento orientador dos registos clínicos de enfermagem de acordo com a linguagem classificada, bem como um Sistema de Informação em Enfermagem mapeado para a referida linguagem.

### 3. PADRÃO DOCUMENTAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA CONSULTA ERAS®

No sentido de promover a uniformização da documentação realizada pelos enfermeiros da consulta ERAS®, foram desenvolvidos fluxogramas que permitem a orientação dos registos realizados.

#### 3.1. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

O conceito de Gestão do Regime terapêutico, de acordo com a CIPE, remete para a definição de Adesão: *“Ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento”*. No entanto, de acordo com outros autores *“Gestão do regime terapêutico é um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade”* (Bastos, 2013, p. 66).

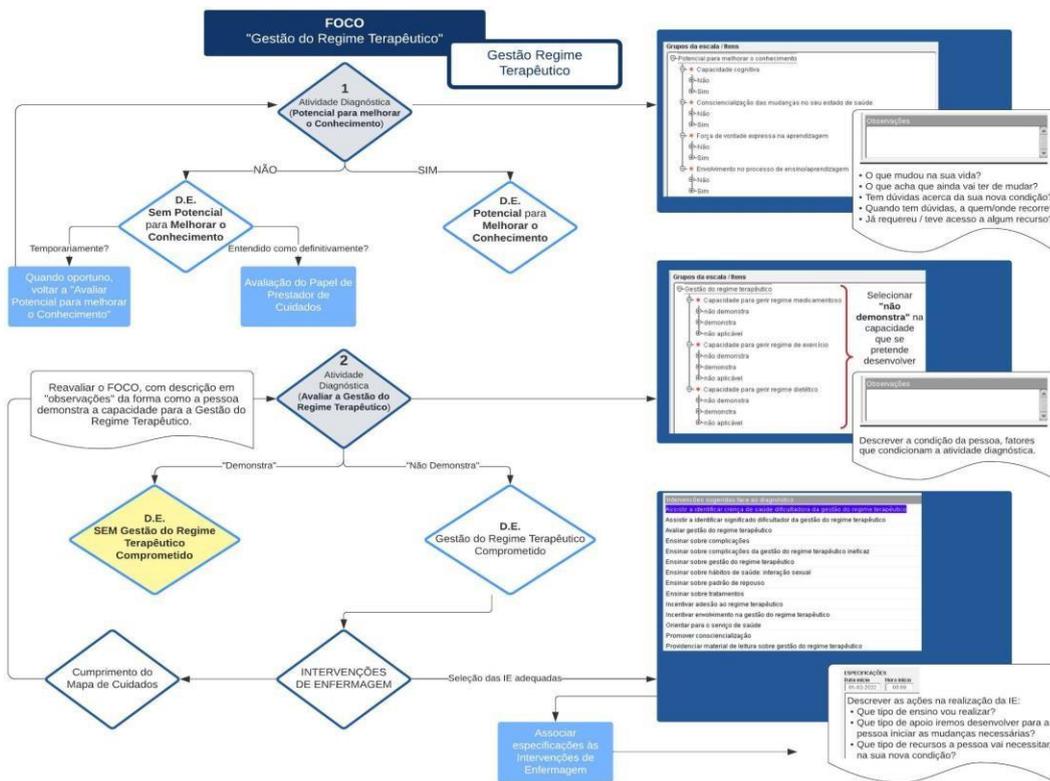


Fig. 1 – Fluxograma Gestão Regime Terapêutico



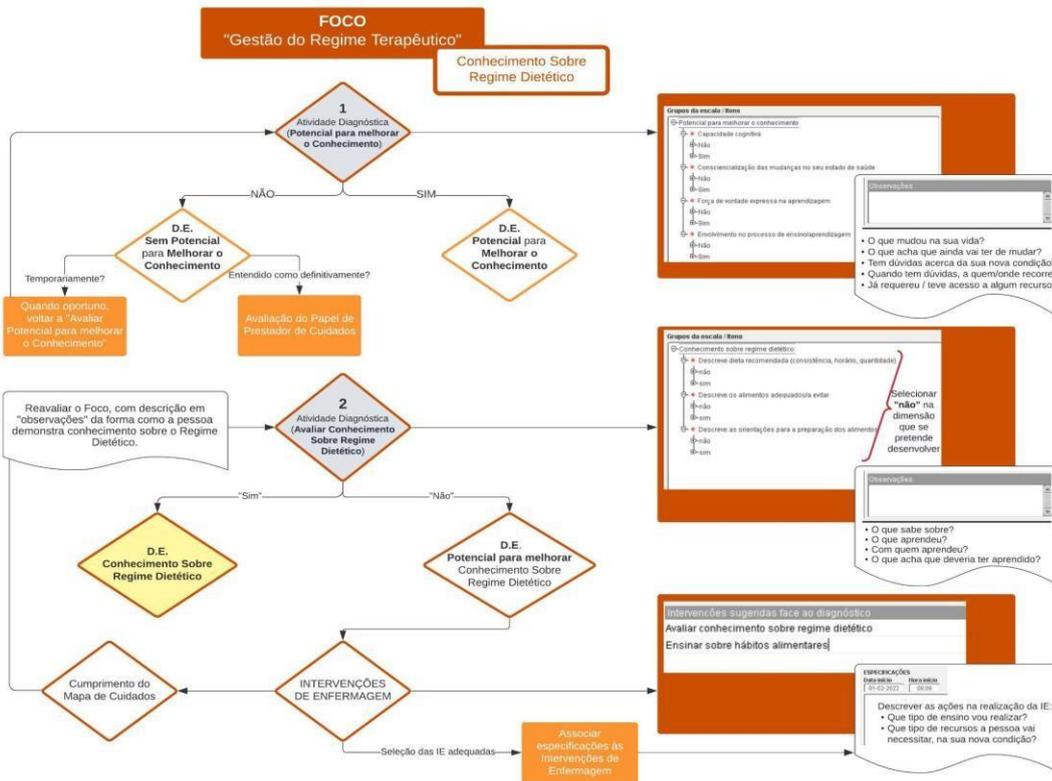


Fig. 3 – Fluxograma Conhecimento sobre Gestão Regime Dietético

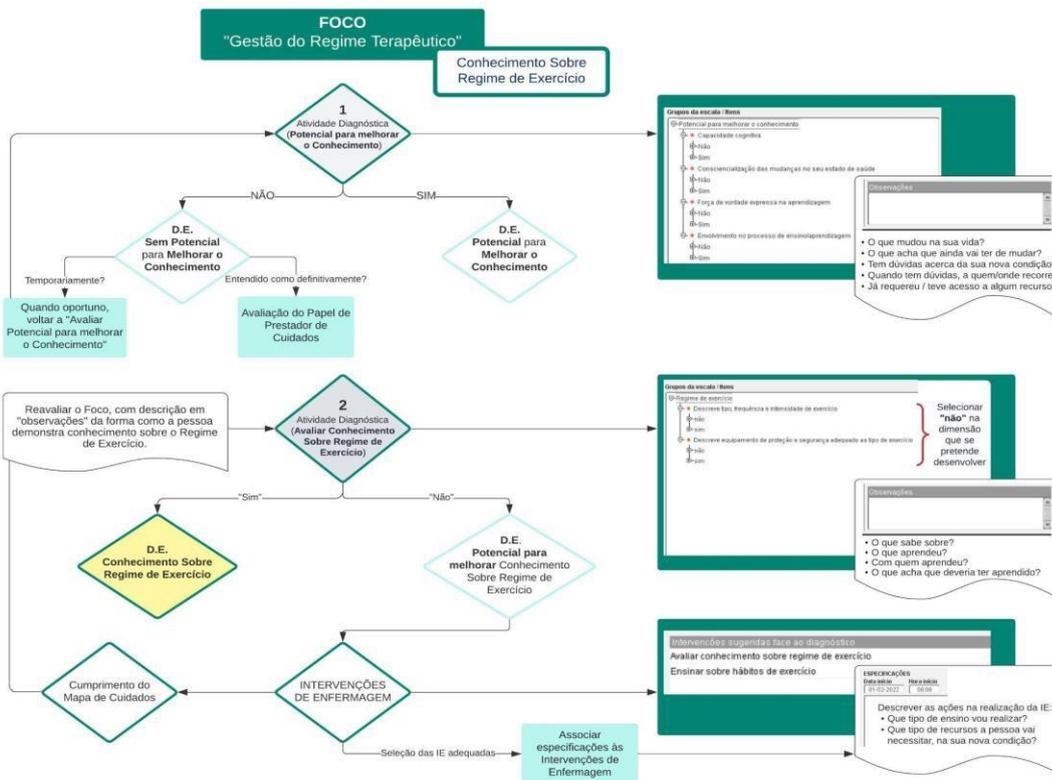


Fig. 4 – Fluxograma Conhecimento sobre Gestão do Regime de Exercício

### 3.2. ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Aceitação: Processo de Coping - gerir e controlar ao longo do tempo, eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, restrição de comportamentos destrutivos.

Aceitação do Estado de Saúde: Reconciliação com as circunstâncias de saúde.

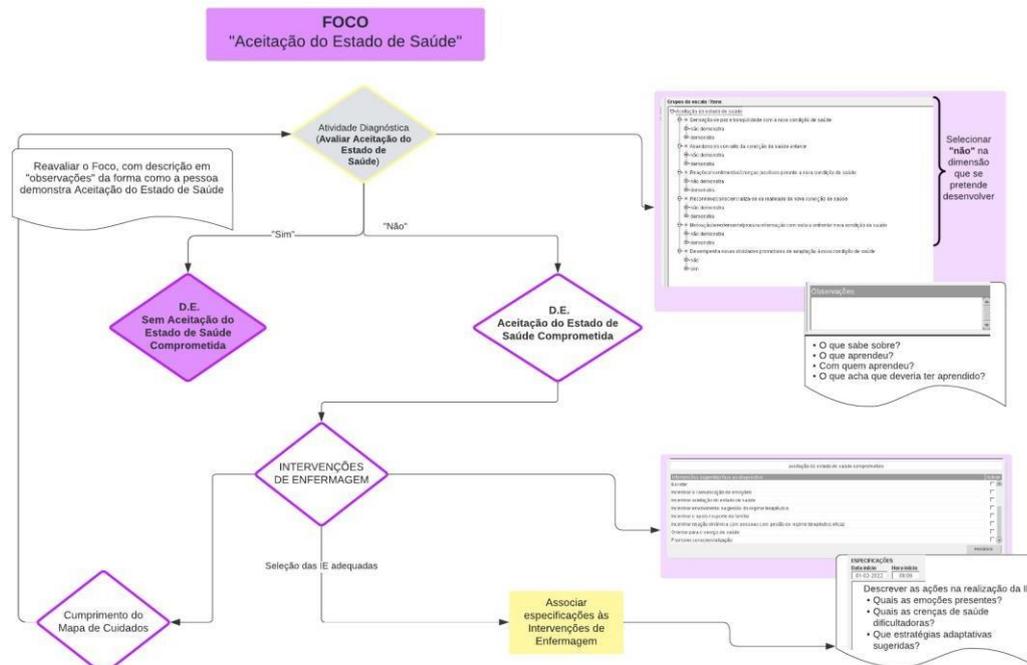


Fig. 5 – Fluxograma Aceitação Estado de Saúde

### 3.3. CONHECIMENTO

Conhecimento: Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.

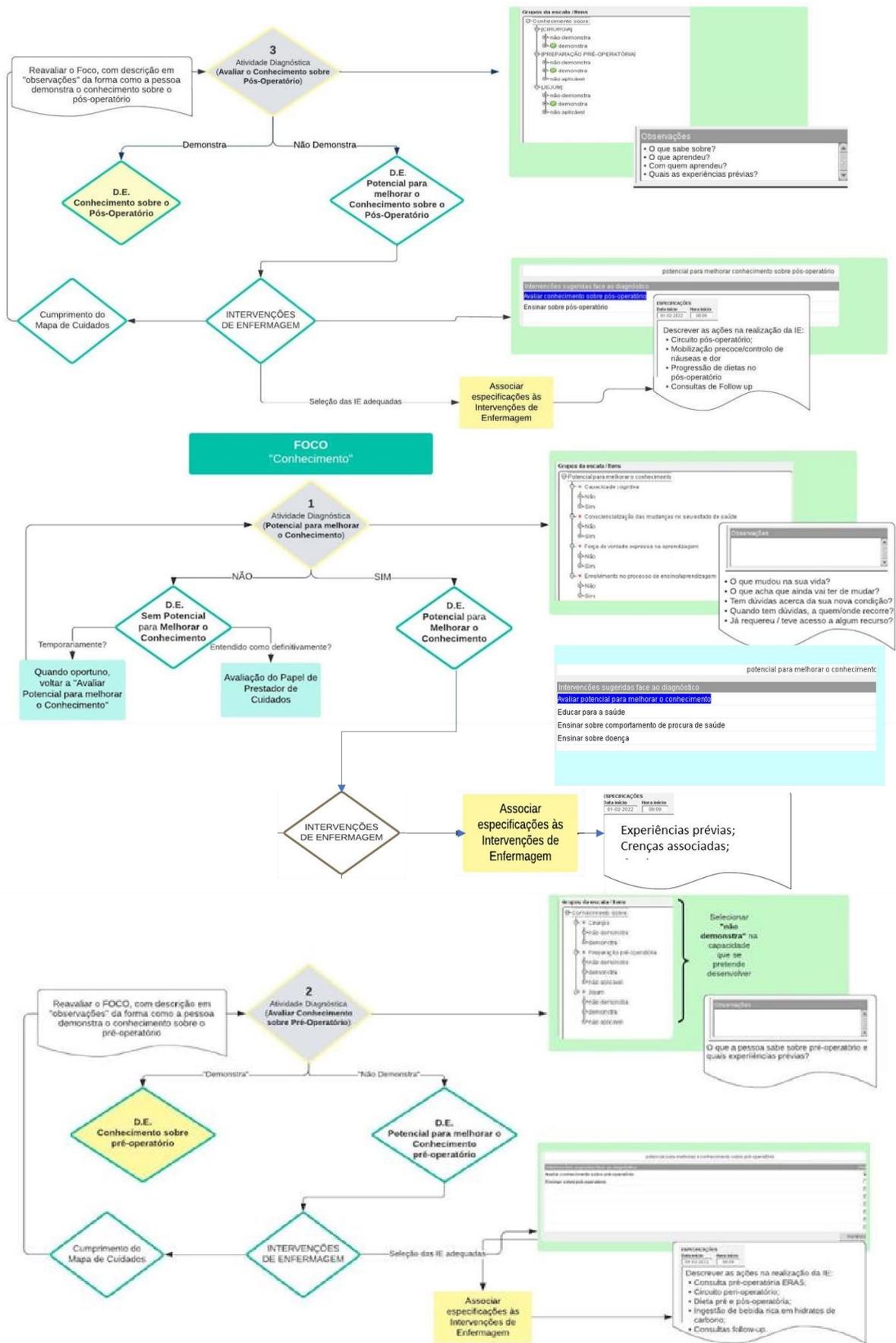


Fig. 6 – Fluxograma Conhecimento sobre pré e pós-operatório



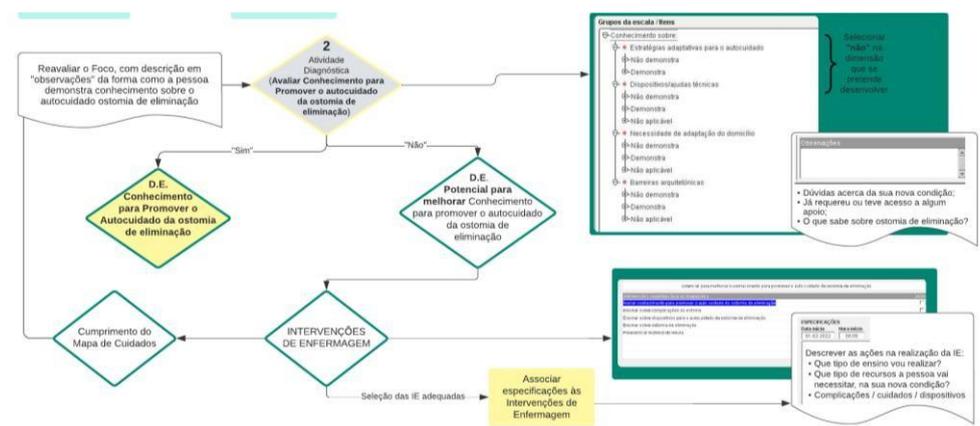


Fig. 7 – Fluxograma AUTO-CUIDADO

### 3.5. PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Papel do Indivíduo: Interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.

O foco de papel do prestador de cuidados deve ser avaliado sempre que, ao avaliar a atividade diagnóstica *Potencial para melhorar o Conhecimento*, seja identificado o diagnóstico *Sem Potencial para melhorar o Conhecimento*.

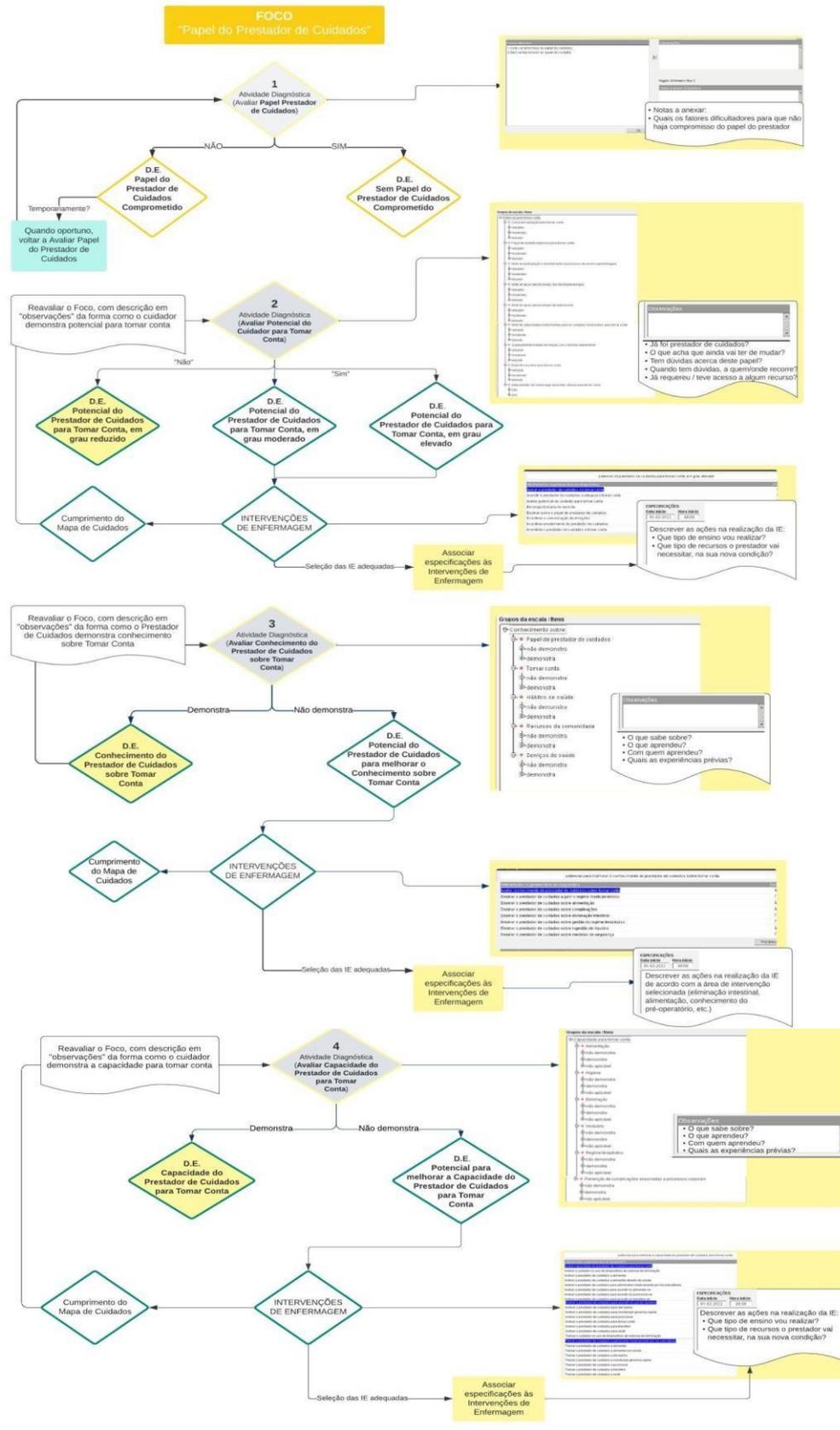


Fig. 8 – Fluxograma Papel Prestador de Cuidados

### 3.6. COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

Adesão: Ação auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

O foco de Adesão ao Regime Terapêutico apenas deve ser avaliado posteriormente à Gestão do Regime Terapêutico, ou seja, apenas poderá haver adesão ao regime terapêutico se já houver conhecimento sobre os comportamentos a adotar, mas mesmo assim a pessoa não adere aos mesmos.

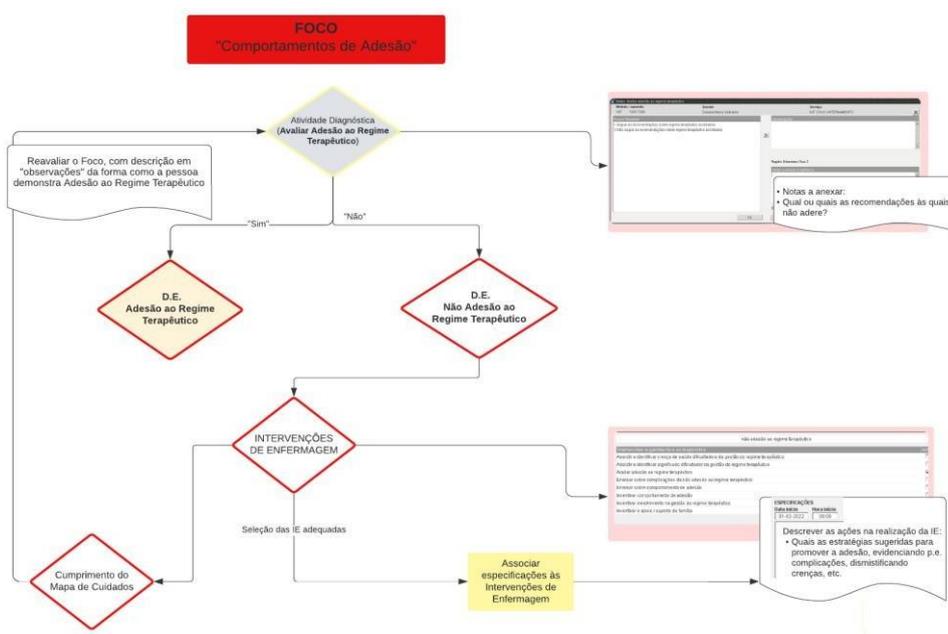


Fig. 9 – Fluxograma Comportamentos de Adesão

Se é identificado o Diagnóstico de Enfermagem *Não Adesão ao Regime Terapêutico*, posteriormente deve ser avaliada a dimensão à qual não adere que foi identificada, relativamente ao *Regime Medicamentoso, Dietético e/ou Exercício*.

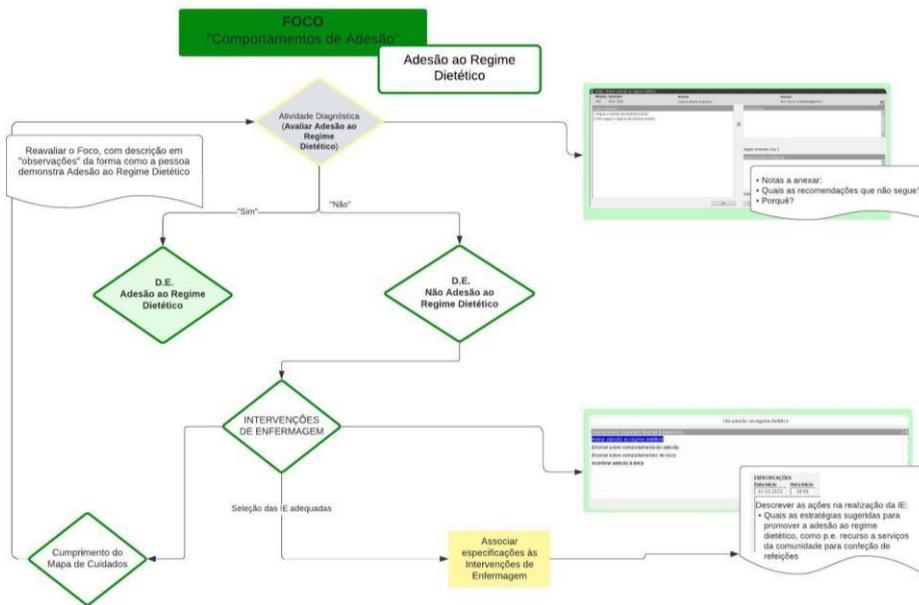


Fig. 10 – Fluxograma Adesão ao Regime Dietético

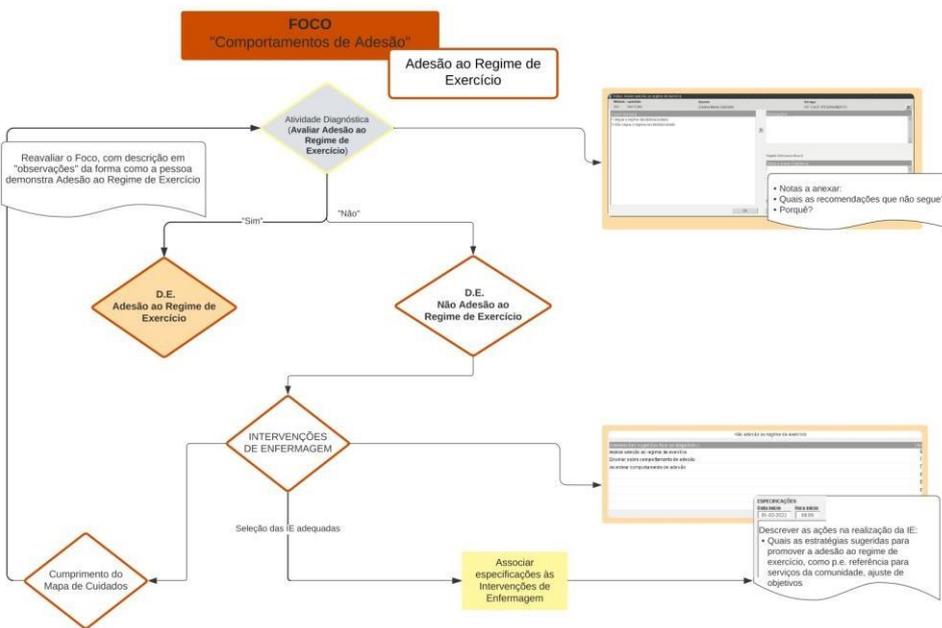


Fig. 11 – Fluxograma Adesão ao Regime de Exercício

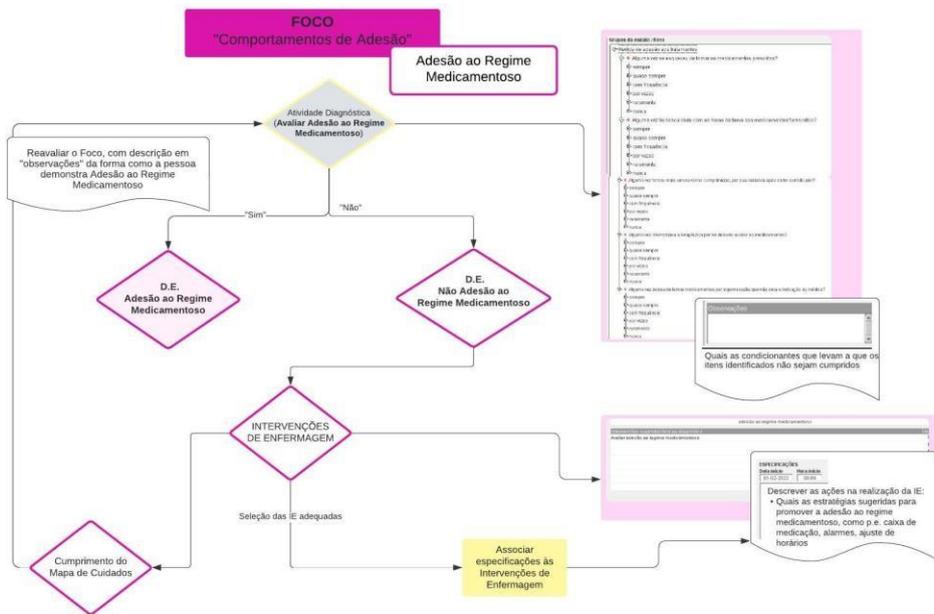
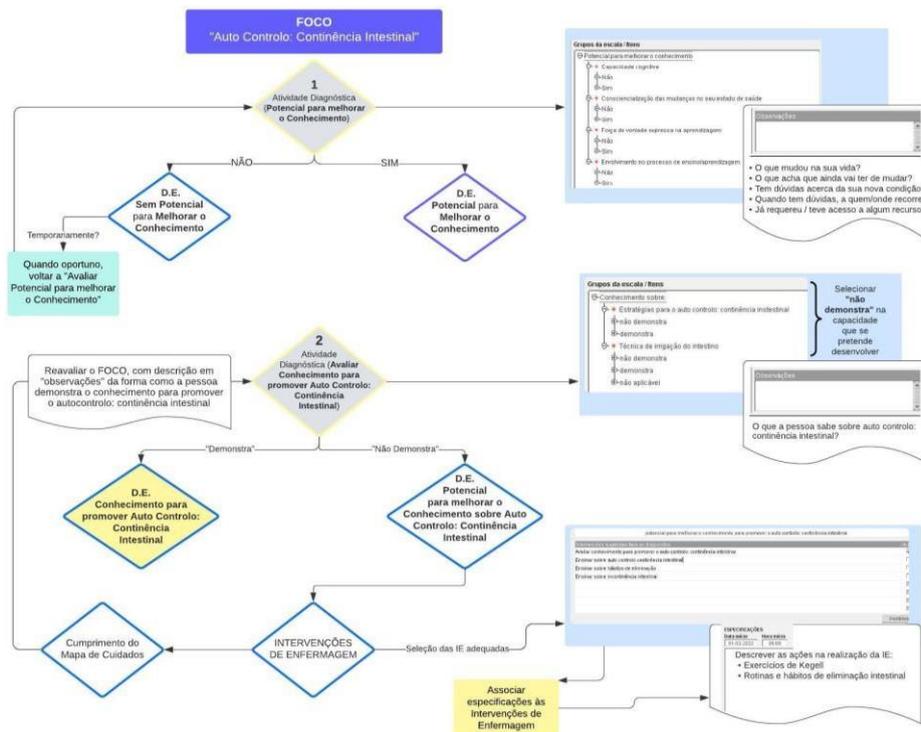


Fig. 12 – Fluxograma Adesão ao Regime Medicamentoso

### 3.7. AUTO CONTROLO: CONTINÊNCIA INTESTINAL



Auto controlo: Disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida.

Fig. 13 – Fluxograma Auto Controlo: Incontinência Intestinal

### 3.8. USO DE SUBSTÂNCIAS

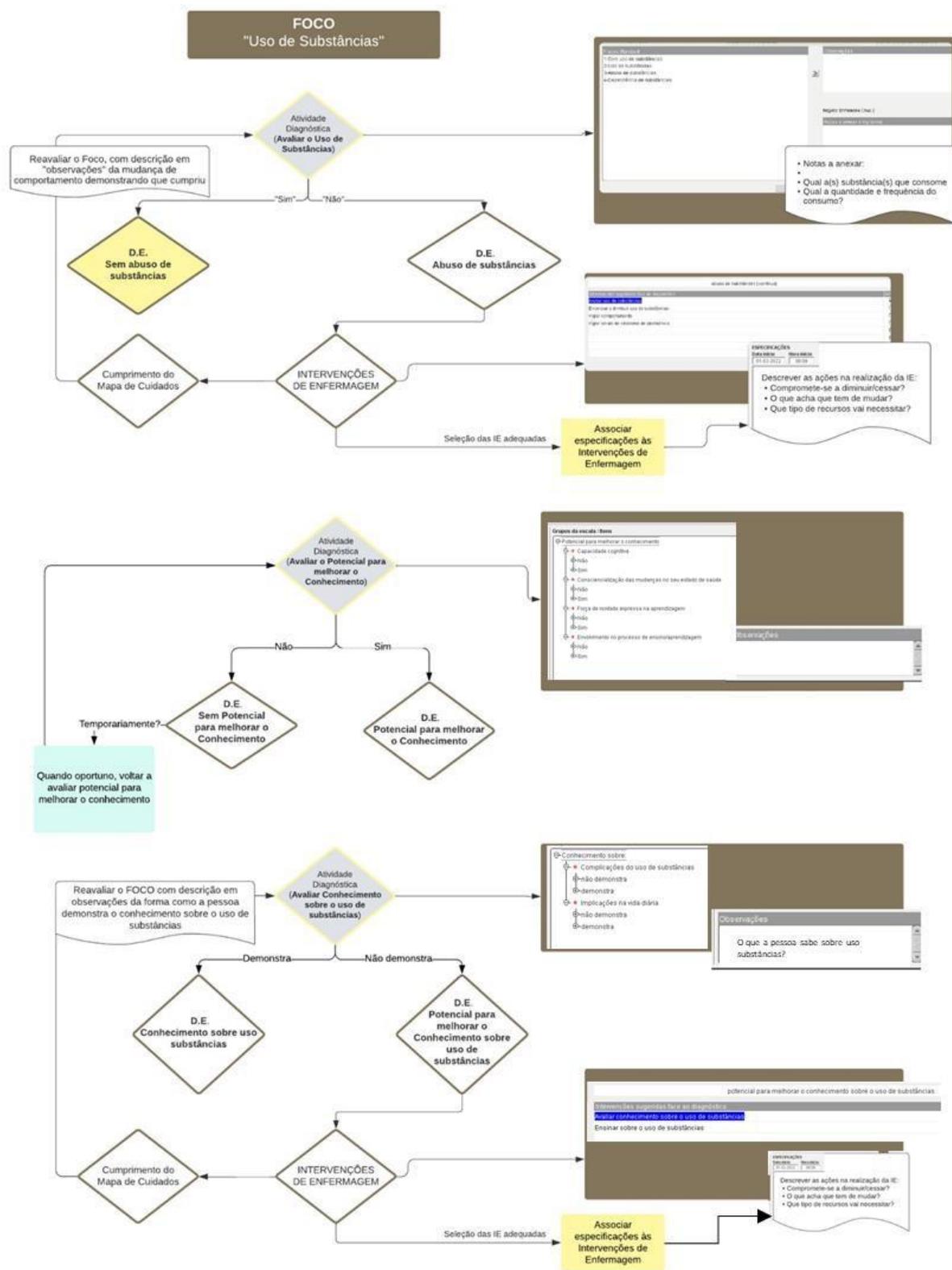


Fig. 14 – Fluxograma Uso de Substâncias

### 3.9. DOR

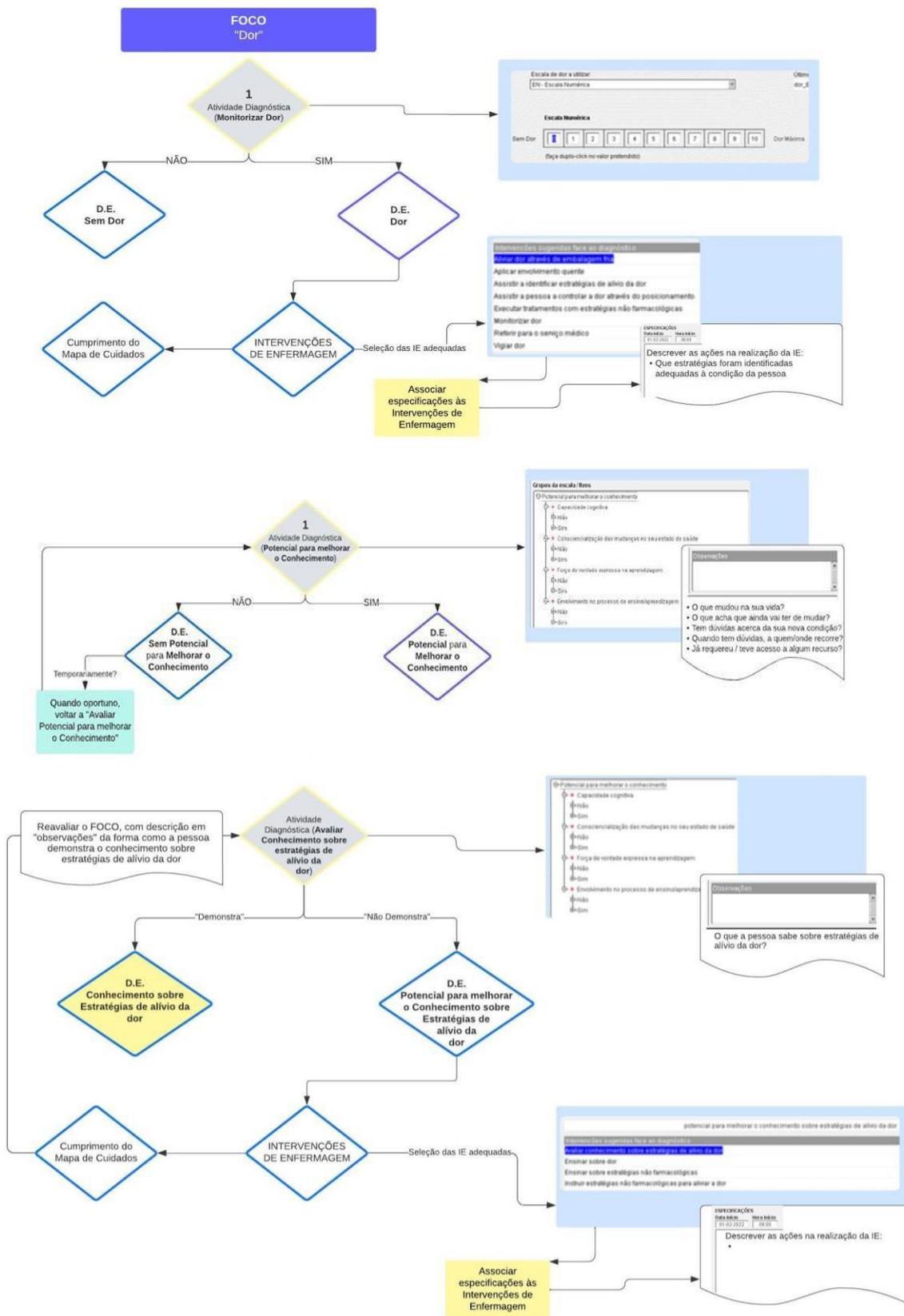


Fig. 15 – Fluxograma Dor

NOTA: No que respeita aos horários definidos para as intervenções de enfermagem, sugere-se que a todas as intervenções do tipo “*Avaliar*” que digam respeito à reavaliação dos focos, seja atribuído o horário “*todos os contactos*”, para que possa ser feita esta reavaliação nos contactos seguintes, como p.e. nos follow up’s. Relativamente às restantes intervenções sugere-se a atribuição do horário “*neste contacto*”.

## CONCLUSÃO

Os sistemas de informação em saúde são cada vez mais uma ferramenta fundamental a vários níveis, apesar de ainda se verificar alguma resistência na sua utilização por alguns profissionais de saúde. Estes têm trazido, no entanto, benefícios a nível da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, ao nível do desempenho dos profissionais de saúde e também ao nível da qualidade da informação necessária ao suporte da correta avaliação dos serviços prestados.

A elaboração de documentos orientadores, que auxiliem os profissionais na documentação após a sua tomada de decisão clínica, poderão ser importantes para aumentar os registos e a qualidade dos mesmos, o que esperamos que tenha efeito positivo na documentação de enfermagem da consulta ERAS® da ULS Coimbra.

No futuro e tendo em consideração que este poderá ser um processo de melhoria continua, podem-se sugerir algumas novas introduções à parametrização do padrão de documentação desta consulta.

Uma das sugestões seria a possível introdução do foco “Comportamento de procura de saúde”.

O comportamento de procura de saúde define-se como a ação do indivíduo para a promoção do máximo bem-estar, recuperação e reabilitação, podendo ocorrer num quadro de preocupações de saúde potenciais ou reais (Poortaghi et al., 2015). Nas guidelines ERAS® o doente, além de estar no centro dos cuidados, também é um participante ativo dos mesmos logo poderá ser importante avaliar este foco de atenção.

Uma outra sugestão seria a parametrização da escala de LARS na SPMS, pois uma grande percentagem dos utentes integrados no programa ERAS® foram submetidos a uma resseção anterior baixa (LAR), o que leva a perceber, aquando do follow-up telefónico feito no pós-operatório, que uma grande percentagem destes utentes sofrem de síndrome da resseção anterior baixa (LARS), o que afeta claramente a sua qualidade de vida. Esta condição surge em 60 a 90% dos utentes submetidos a LAR, e define-se como uma disfunção intestinal severa, que inclui incontinência para flatos e/ou fezes, urgência (incapacidade de evitar uma evacuação durante 15 minutos), clustering (nova evacuação fecal em até 15 minutos após a última evacuação) e movimentos intestinais frequentes. É desta forma preponderante que estes sintomas sejam conhecidos e analisados da forma mais completa possível (Buzatti & Petroianu, 2017).

Neste sentido, a escala de LARS, traduzida e validada para a população portuguesa por Rama et al. (2019), permite avaliar a disfunção intestinal de um doente com LARS, apresentando uma forte associação com a qualidade de vida destes utentes, aplicando-se desta forma aos utentes do programa ERAS®, avaliados nos follow-up telefónicos da consulta ERAS® de enfermagem.

Outras sugestões seriam ainda a definição dos critérios de alta da consulta ERAS®, a definição dos critérios de avaliação inicial e periodicidade dos follow up's (chamada automática da uphill a recordar os ensinamentos da consulta inicial: dieta, exercício, medicação...).

Por outro lado, seria também uma mais valia a inclusão neste documento de outros focos da área da Enfermagem de Reabilitação.

## BIBLIOGRAFIA

- Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Suplemento Digital Revista ROL*, 57–61. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38605/1/ICOHN21\\_57-61.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38605/1/ICOHN21_57-61.pdf)
- Buzatti KC de LR, Petroianu A. Aspectos fisiopatológicos da síndrome pós-ressecção anterior do reto para o tratamento de câncer retal. *Rev Col Bras Cir*. 2017;44(4):397– 402.
- Conselho Pedagógico. (2024). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Engel, D. (2022). Setting Up a Prehabilitation Unit: Successes and Challenges. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(5). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151334>
- França, D. C. (2022). *Familiares Cuidadores: Da Documentação à Adequação das Práticas em Enfermagem* [Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/144134/2/582704.pdf>
- Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A., & Atkinson, C. (2017). Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: A qualitative investigation. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2547-y>
- Mendes, D. I. A., & Ferrito, C. R. C. (2021). Preoperative nursing consultations: Implementation and evaluation. *Revista de Enfermagem Referência*, 2021(8). <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Ordem dos enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE versão 2. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avanca-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informacao-em-enfermagem/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021-Consulta de Enfermagem e*

Teleconsulta de Enfermagem.

[https://ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Jorge Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., Miguel Padilha, J., Cruz, I., Fernando Oliveira, M., Alice Brito, M., Antónia Silva, M., Machado, N., Sousa, P., Sousa, P., & Marques Edição, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem-SAPE*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. [https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf](https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf)

Poortaghi, S., Raiesifar, A., Bozorgzad, P., Golzari, S. E. J., Parvizy, S., & Rafii, F. (2015). Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1181-9>

Rama NJ, Ferreira PL, Pimentel J, Juul T. Validation of Portuguese version of the low anterior resection syndrome score. *J Coloproctology* [Internet]. 2019 Aug 14;39(1):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.09.004>

Regulamento n.o 429/2018, Diário da República: II série, n.º 135 19359 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Sousa, L. F. M. (2023). *Relatório de Estágio de Natureza Profissional Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/3531>

Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 15–26). [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)

SPMS. (2020). *Manual de Consulta Rápida- SClinico*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

Takchi, R., Williams, G. A., Brauer, D., Stoentcheva, T., Wolf, C., Van Anne, B., Woolsey, C., & Hawkins, W. G. (2020). Extending Enhanced Recovery after Surgery Protocols to the Post-Discharge Setting: A Phone Call Intervention to Support Patients after Expedited Discharge after Pancreaticoduodenectomy. *The American surgeon*, 86(1), 42–48. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9394229/>

APÊNDICE 4 – apresentação do projeto “padrão documental dos cuidados de enfermagem:  
consulta Eras®”

# Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

S Clínico

Ana Rosete  
Rita Rebola  
Janeiro, 2025

## Agenda

- + Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up
- + Linguagem Cipe®
- + Padrão documental dos cuidados de enfermagem da consulta ERAS®
- + Sugestões de melhoria



# Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up



14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

## Introdução

A enfermagem enquanto disciplina do conhecimento tem vindo a crescer pela identificação de áreas de intervenção autónomas e pela definição de uma linguagem classificada comum (Bastos et al., 2021).



(França, 2022).

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

# Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up

O programa Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) é um programa de cuidados perioperatório cujo objetivo é melhorar resultados cirúrgicos, bem como a recuperação do cliente. O enfermeiro tem intervenção preponderante, nomeadamente, na consulta pré-operatória (Mendes & Ferrito, 2021).

Os enfermeiros são o pilar de apoio em muitas áreas do sistema de saúde.



**Pré-habilitação:** É necessária uma combinação de cuidados ao doente, conhecimentos médicos e capacidades de gestão para modificar a via perioperatória e introduzir o conceito de pré-habilitação. A equipa de enfermagem está idealmente posicionada para desenvolver e executar um programa de abordagem clínica de pré-habilitação eficaz (Engel, 2022).

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

# Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up

É fulcral a integração de uma filosofia que privilegie a promoção da literacia em saúde e facilite a transição de saúde-doença. O papel do profissional é o da capacitação para a autogestão da doença e do regime terapêutico, com vista ao desenvolvimento do máximo potencial de empowerment da pessoa (Sousa et al., 2021).

Os programas ou intervenções educacionais orientadas para a autogestão, apostam na capacitação das pessoas, trabalhando com elas um conjunto de competências facilitadoras da tomada de decisão e da implementação de comportamentos de autocuidado (M. R. Sousa et al., 2021).

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

## Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up

A implementação da consulta de enfermagem pré-operatória, baseada na melhor evidência disponível em contexto hospitalar, promove uma mudança na prática de cuidados. Contribui para uma **melhoria dos processos** e dos **resultados** através de uma melhor preparação do cliente, mais informação e maior colaboração.

No pós-operatório espera-se que os doentes retomem a sua autonomia, mobilizando-se precocemente, que sejam mais informados, mais participativos, com uma **experiência cirúrgica mais positiva** e com uma tendência para diminuir o tempo médio de internamento (Mendes & Ferrito, 2021).



14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

## Follow-up telefónico

Assegurar continuidade dos cuidados após alta

Avaliar sinais e sintomas no pós-operatório

Avaliar se se justificam cuidado adicionais

Apoiar doentes em ambulatório (educar sobre sinais de alerta e medicação)

Evitar reinternamentos

Coordenar os cuidados com a equipa de CSP

Assegurar a marcação da consulta pós-operatória



14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

## Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up

A informação da consulta de enfermagem deve ser registada em sistema certificado e respeitar as etapas do processo de enfermagem: colheita de dados de enfermagem, formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções e a sua execução e avaliação dos resultados obtidos. Os pressupostos descritos para a consulta de enfermagem devem igualmente ser tidos em conta na teleconsulta de enfermagem

(Ordem dos Enfermeiros, 2020)

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

## Linguagem Cipe®

Como resposta aos desafios que se foram colocando na prática de Enfermagem, existiu a necessidade de se desenvolver uma linguagem uniformizada que servisse de apoio à implementação e documentação dos cuidados. Dos trabalhos desenvolvidos resultou a designada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), com utilização não somente na prática clínica, mas também, no ensino e na investigação, que foi sofrendo sucessivas versões à medida que ia incorporando melhorias

(França, 2022)

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

# Linguagem Cipe®

Como resposta aos desafios que se foram colocando na prática de Enfermagem, existiu a necessidade de se desenvolver uma linguagem uniformizada que servisse de apoio à implementação e documentação dos cuidados. Dos trabalhos desenvolvidos resultou a designada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), com utilização não somente na prática clínica, mas também, no ensino e na investigação, que foi sofrendo sucessivas versões à medida que ia incorporando melhorias

(França, 2022)

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

10



## Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

# SClínico

- + O Sistema de Informação amplamente utilizado atualmente é o SClínico que foi desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e resultou da agregação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e do Sistema de Apoio ao Médico (SAM), passando a existir uma aplicação única, que permite acesso, utilização e partilha de informação do processo clínico do utente. Este sistema prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, garantindo a normalização da informação.
- + Atualmente, existem novos desafios: melhorar a interoperabilidade entre os sistemas, responder à emergência da necessidade de agregar informação sobre os cuidados de enfermagem a nível nacional e melhorar a inteligibilidade da informação de enfermagem para um largo espectro de profissionais da saúde e para os cidadãos.

+ (SPMS, 2020).

(Paiva et al., 2014)

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

13

## Padrão documental dos cuidados de enfermagem da consulta ERAS®

14/01/2025

# Padrão documental dos cuidados de enfermagem da consulta ERAS®

+ No sentido de promover a uniformização da documentação realizada pelos enfermeiros da consulta ERAS®, foram desenvolvidos fluxogramas que permitem a orientação dos registos realizados para os diagnósticos de enfermagem que são identificados com maior frequência:

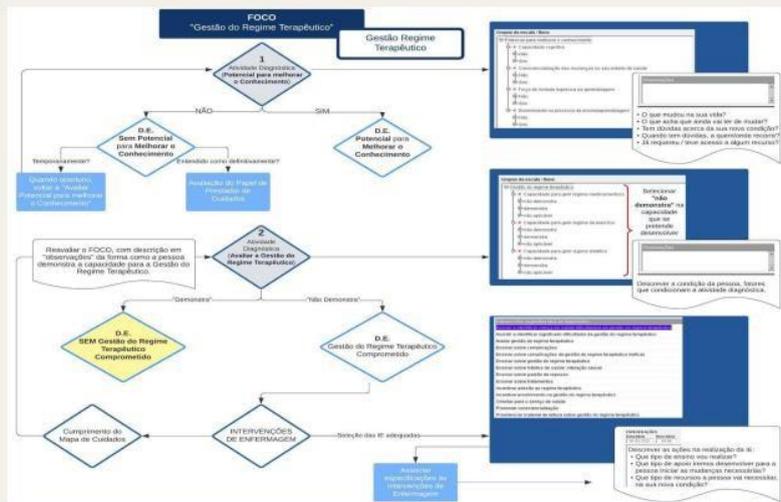
- ✓ GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO
- ✓ ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE
- ✓ CONHECIMENTO
- ✓ AUTOCUIDADO
- ✓ PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS
- ✓ COMPORTAMENTOS DE ADEÇÃO
- ✓ USO DE SUBSTÂNCIAS
- ✓ DOR

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

15

## GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO



14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

16

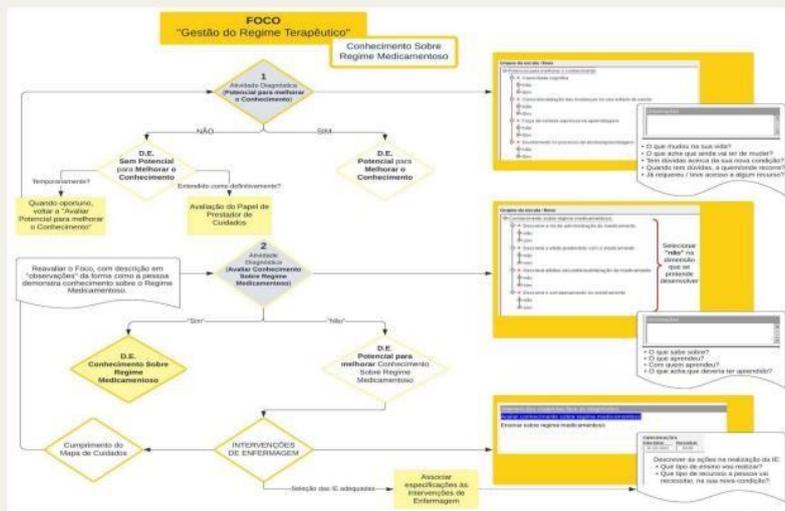
# GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Se é identificado o Diagnóstico de Enfermagem *Gestão do Regime Terapêutico Comprometido*, posteriormente deve ser avaliada a dimensão identificada como “não demonstra” na avaliação diagnóstica da Gestão do Remete terapêutico, relativamente ao *Conhecimento sobre Regime Medicamentoso, Dietético e/ou Exercício*.

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS<sup>®</sup> ULS Coimbra

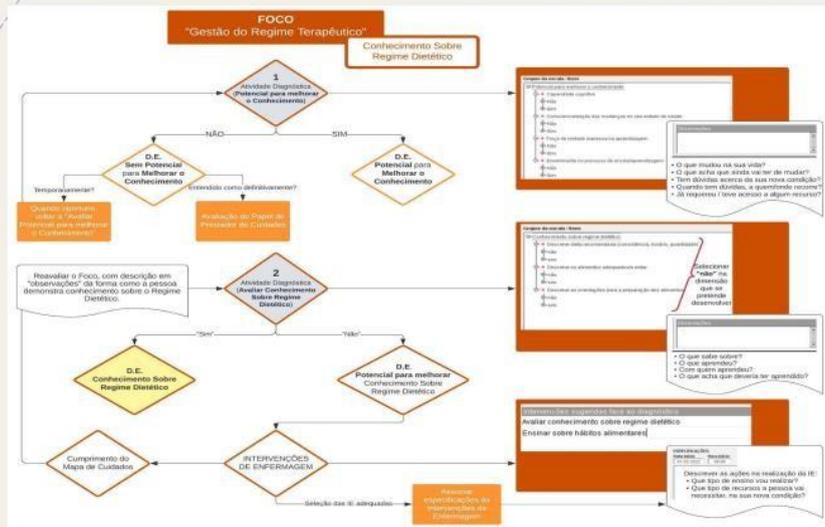
# GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO



14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS<sup>®</sup> ULS Coimbra

# GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

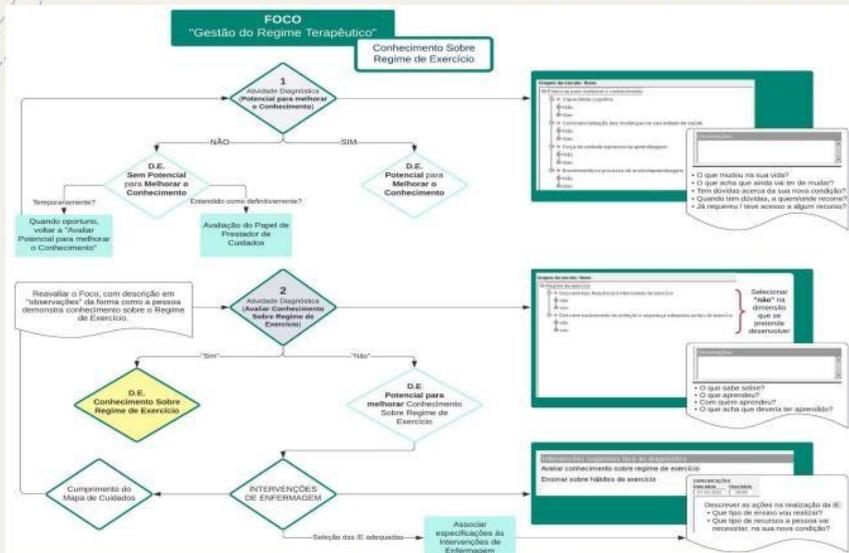


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

19

# GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

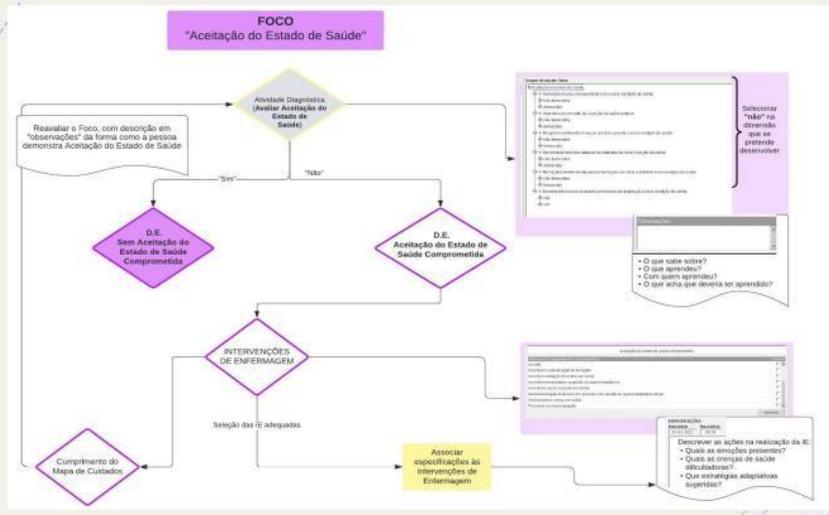


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:

20

# ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

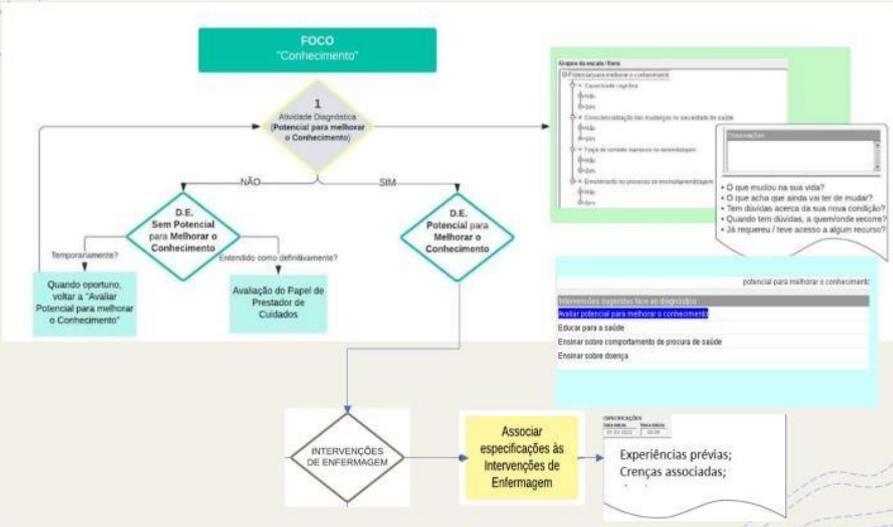


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

2.1

# CONHECIMENTO

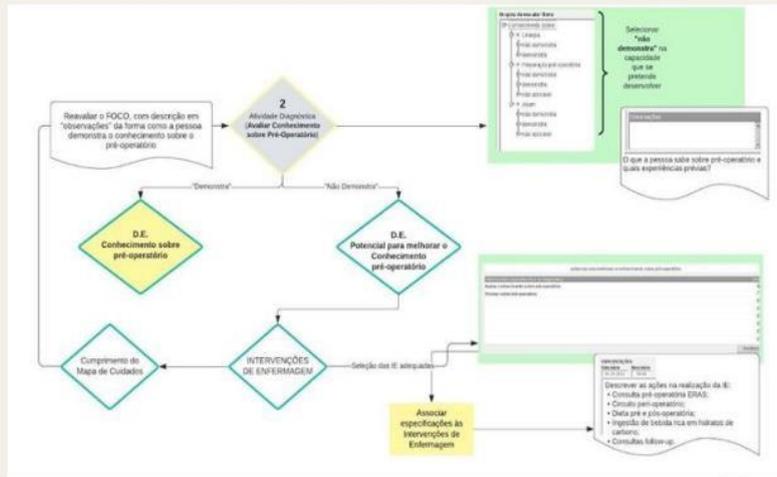


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

2.2

# CONHECIMENTO

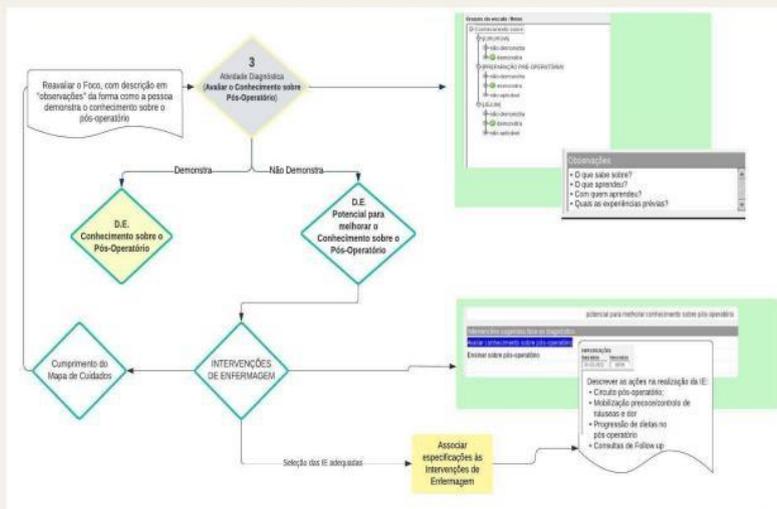


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

2.3

# CONHECIMENTO



14/01/2025

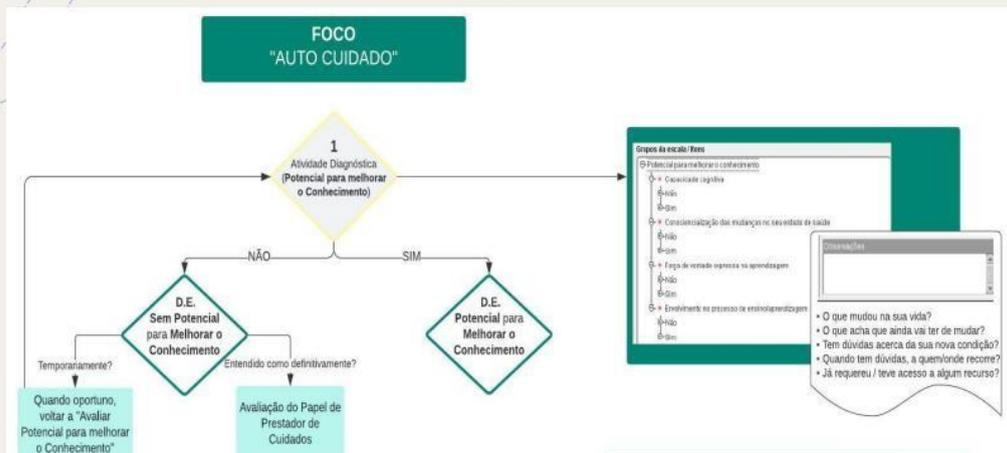
Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

2.4

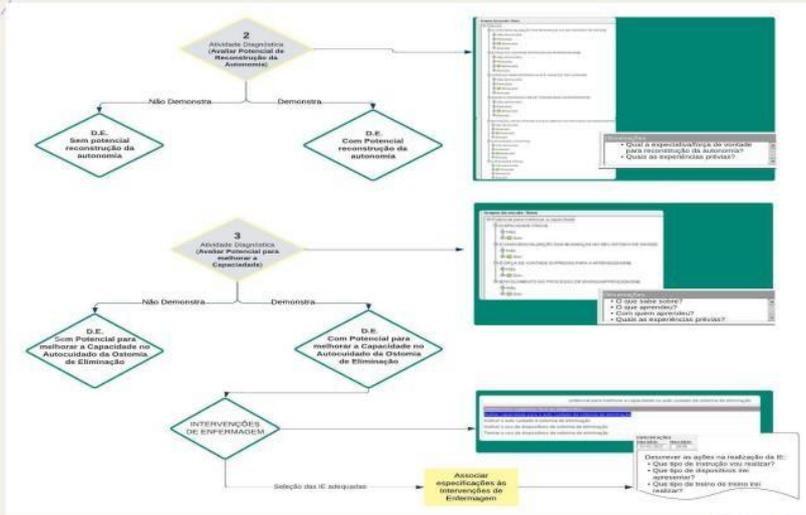
# CONHECIMENTO

Na consulta de Enfermagem ERAS® deverá ser avaliado o conhecimento sobre pré e pós-operatório e, posteriormente, no final da consulta, reavaliado o conhecimento sobre o pré, por forma a poder dar termo ao diagnóstico.

# AUTOCUIDADO



# AUTOCUIDADO

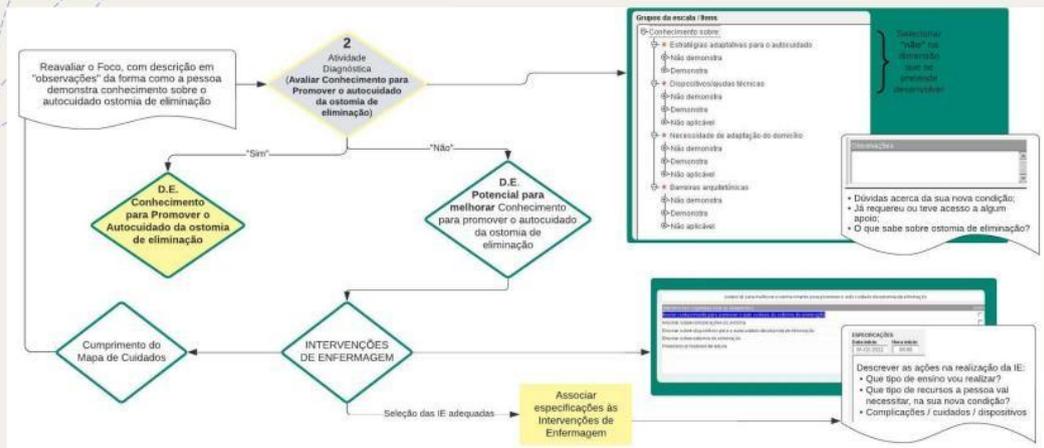


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

27

# AUTOCUIDADO

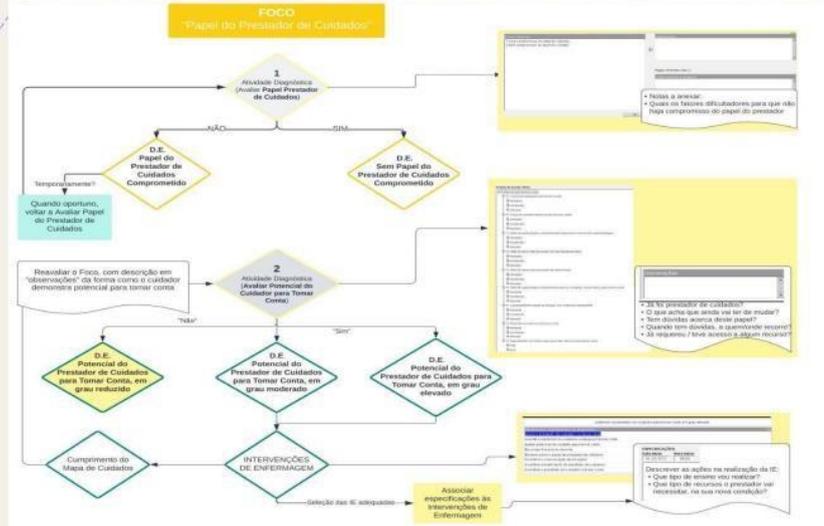


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

29

# PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

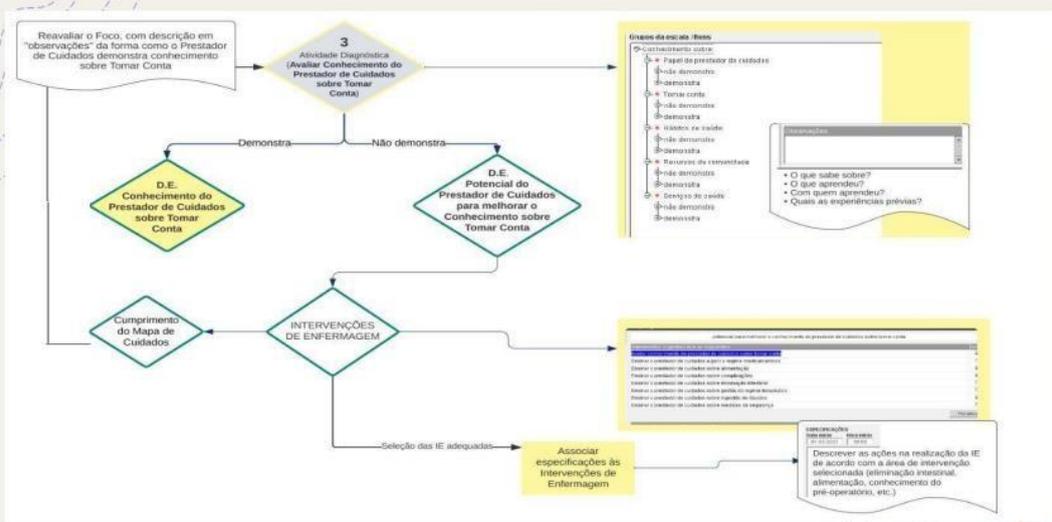


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

30

# PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

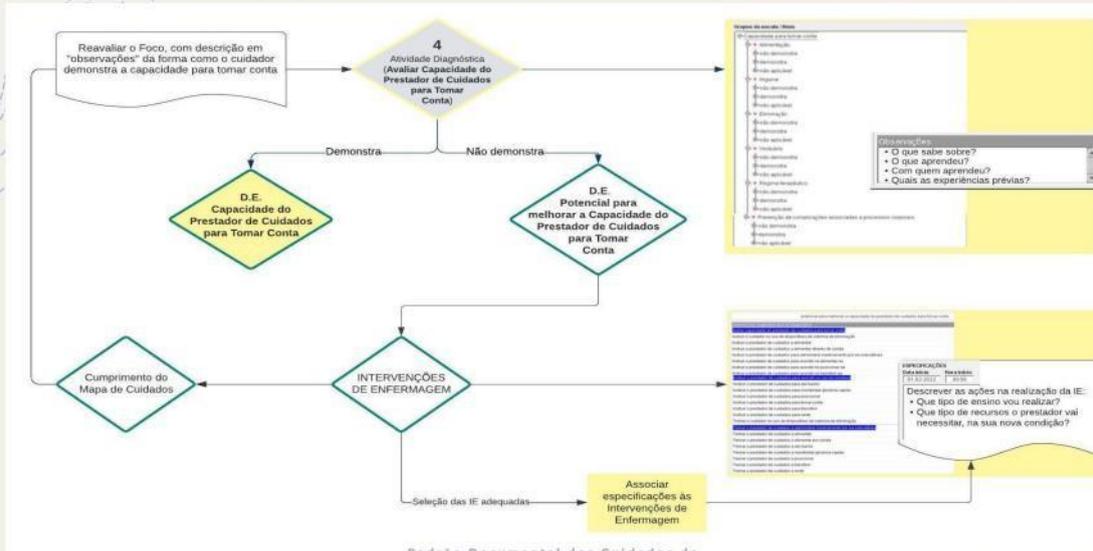


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

31

# PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

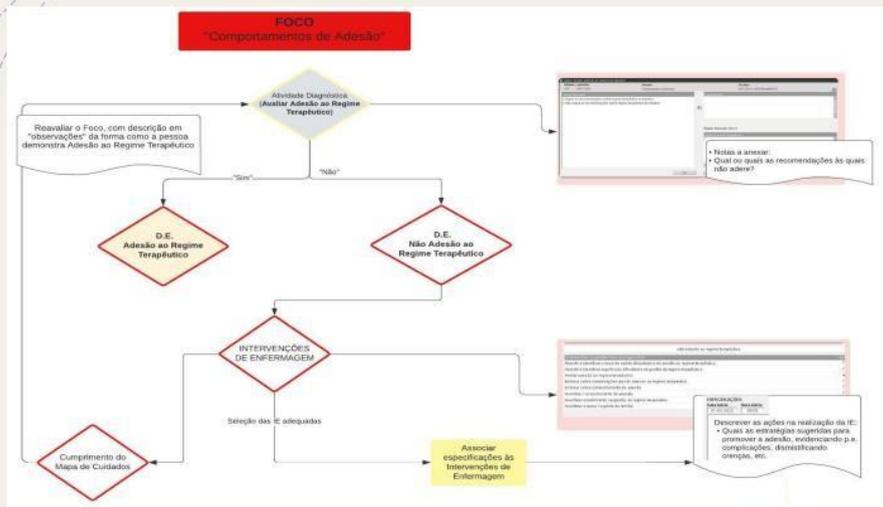


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

32

# COMPORTAMENTOS DE ADEÇÃO



14/01/2025

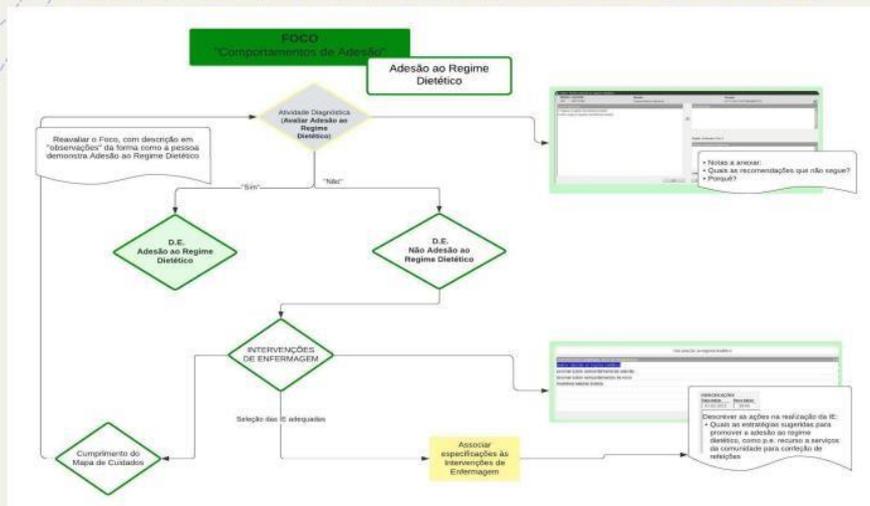
Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

33

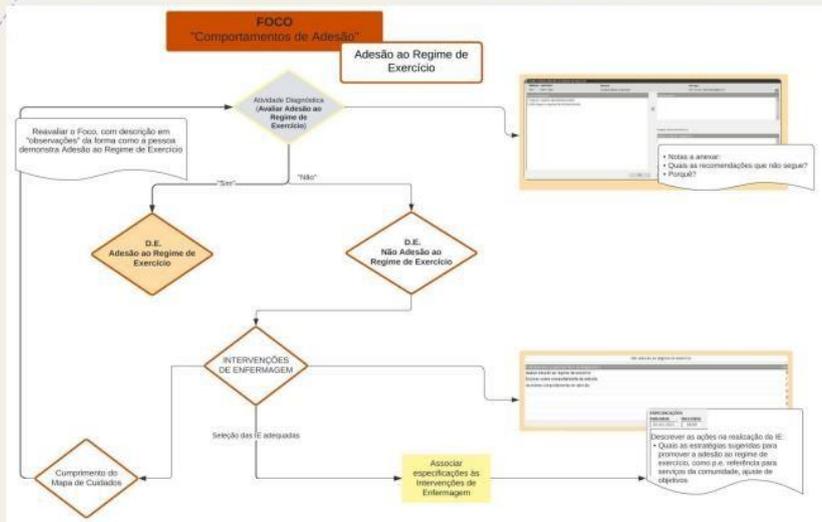
# COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

Se é identificado o Diagnóstico de Enfermagem *Não Adesão ao Regime Terapêutico*, posteriormente deve ser avaliada a dimensão à qual não adere que foi identificada, relativamente ao *Regime Medicamentoso, Dietético e/ou Exercício*.

# COMPORTAMENTOS DE ADESÃO



# COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

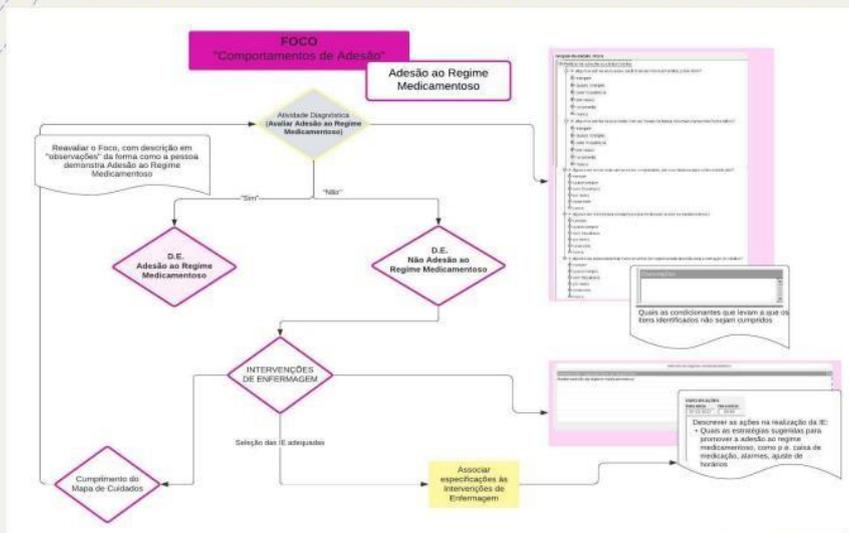


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

36

# COMPORTAMENTOS DE ADESÃO



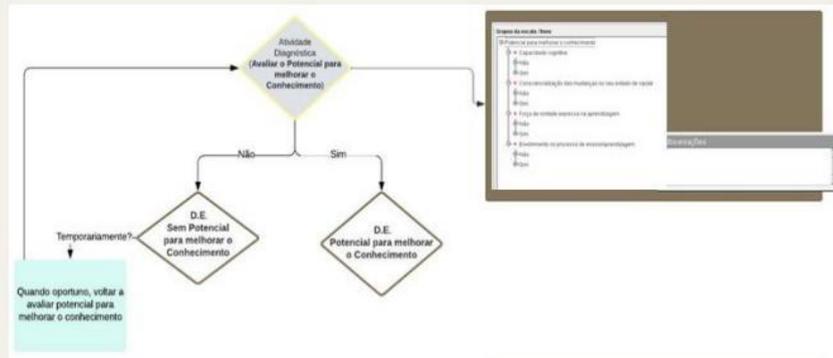
14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

37



# USO DE SUBSTÂNCIAS

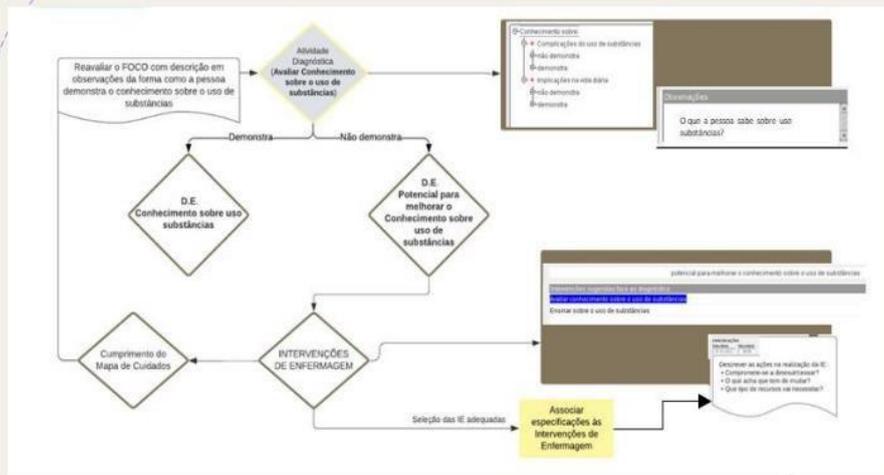


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

40

# USO DE SUBSTÂNCIAS

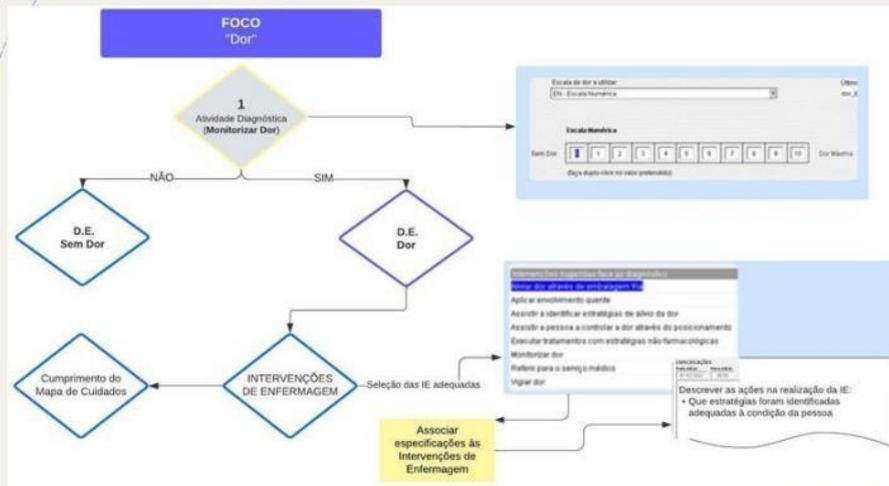


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem: Consulta ERAS® ULS Coimbra

41

# DOR

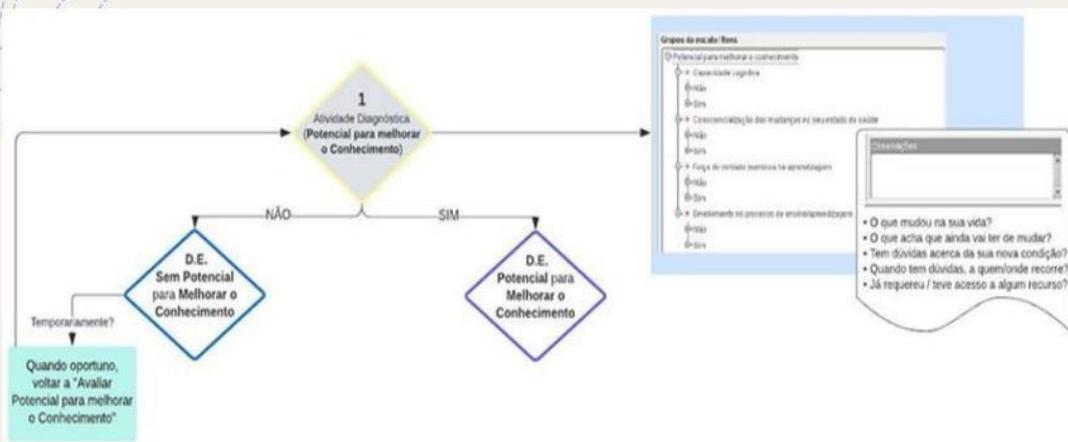


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

42

# DOR

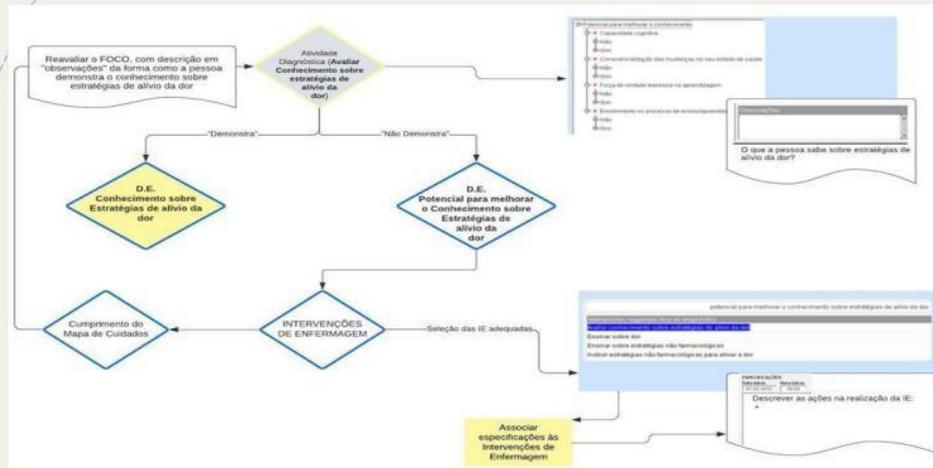


14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

43

# DOR



14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

44

## Padrão documental dos cuidados de enfermagem da consulta ERAS®

NOTA: No que respeita aos horários definidos para as intervenções de enfermagem, sugere-se que a todas as intervenções do tipo "Avaliar" que digam respeito à reavaliação dos focos, seja atribuído o horário "todos os contactos", para que possa ser feita esta reavaliação nos contactos seguintes, como p.e. nos follow up's. Relativamente às restantes intervenções sugere-se a atribuição do horário "neste contacto".

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

45

## Sugestões de melhoria

- ✓ Parametrização da escala de LARS na SPMS;
- ✓ Introdução do foco "Comportamento de procura de saúde" na parametrização da consulta de enfermagem ERAS®;
- ✓ Definição dos critérios de alta da consulta ERAS®;
- ✓ Definição dos critérios de avaliação inicial;
- ✓ Periodicidade dos follow up's (chamada automática da uphill a recordar os ensinamentos da consulta inicial: dieta, exercício, medicação,...);
- ✓ Inclusão neste documento de outros focos da área da Enfermagem de Reabilitação.



14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

46



# Obrigado

- + Ana Rosete de Oliveira
- + Rita Isabel Figueira Rebola
- + [anaroseteoliveira@gmail.com](mailto:anaroseteoliveira@gmail.com)
- + [ritah\\_rebola@hotmail.com](mailto:ritah_rebola@hotmail.com)

14/01/2025

Padrão Documental dos Cuidados de  
Enfermagem:  
Consulta ERAS® ULS Coimbra

APÊNDICE. 5 - TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: Implementação da Técnica ISBAR na  
Unidade de Convalescença



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA  
ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

Ana Rosete de Oliveira

**TRANSIÇÃO MAIS SEGURA:**

**Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Convalescença**

Coimbra, maio de 2024



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA  
ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

Ana Rosete de Oliveira

**TRANSIÇÃO MAIS SEGURA:**

**Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Convalescença**

Trabalho realizado no âmbito da Componente Clínica

em pessoa em situação crónica

Coimbra, maio de 2024

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1. TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE</b>	<b>5</b>
<b>2. IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR</b>	<b>6</b>
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO...</b>	<b>7</b>
<b>4. PLANEAMENTO...</b>	<b>8</b>
<b>5. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO...</b>	<b>10</b>
<b>6. AVALIAÇÃO DO PROJETO</b>	<b>11</b>
<b>7. RELATORIO FINAL E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>12</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>14</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO 1– Grelha de auditoria	16
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE 1- Plano de sessão de formação	17
APÊNDICE 2- Póster “Técnica ISBAR”	18
APÊNDICE 3- Documento de registo para passagem de turno com a metodologia ISBAR	19
APÊNDICE 4- Cronograma das atividades do projeto	20

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como principal objetivo a implementação da técnica ISBAR na Unidade de Convalescença, com vista a melhoria das transições de informação entre enfermeiros no momento da passagem de turno.

A transição de cuidados de saúde contempla qualquer momento em que ocorra a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores e que tenha como missão a continuidade e segurança dos mesmos (Direção Geral de Saúde, 2017).

A comunicação é essencial para a Enfermagem, sendo imprescindível na transição de cuidados, de forma a evitar o erro e dar continuidade aos cuidados de saúde em segurança. A comunicação não eficaz contribui para eventos adversos hospitalares em mais de 60% (Schmidt et al., 2019).

Diariamente os enfermeiros veiculam informação entre si, transferindo a responsabilidade pelos cuidados dos clientes de um enfermeiro para o outro. Esta informação permite a continuidade dos cuidados, o que reforça a importância de perceber o teor da informação produzida pelos enfermeiros, de modo a aperfeiçoá-la e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Sousa et al., 2019).

A Norma de Orientação Clínica 001/2017 da DGS apresenta orientação clínica relacionada com o aumento da segurança na comunicação, intitulando-se: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Esta recomenda que a transição de cuidados deve utilizar uma comunicação eficaz e que pode ser alcançada através da utilização de uma ferramenta de transmissão de informação, o ISBAR (Identificação; Situação; *Background*; Avaliação; Recomendações).

Apesar da orientação para a implementação desta norma nos contextos da prestação de cuidados, a sua operacionalização é um processo complexo e que exige uma mobilização de recursos humanos e materiais.

Este trabalho surge da necessidade de implementar a técnica ISBAR no momento da passagem de turno uma vez que não se encontra implementada apesar de estar recomendada pela Direção-Geral de Saúde e várias entidades internacionais.

Como competências específicas, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crónica deve promover a implementação de estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, a cultura de

segurança e o reconhecimento de situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais. Deve ainda fomentar medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promover a formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Utilizar-se-á a metodologia de projeto, descrevendo o processo de desenvolvimento e implementação em serviço. Esta metodologia baseia-se numa investigação centrada num problema identificado num contexto/realidade e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, promovendo uma prática fundamentada e baseada em evidência (Ferrito et al., 2010).

O projeto encontra-se estruturado em cinco partes: uma introdução onde se contextualiza a temática desenvolvida; o estado da arte, onde se realiza um enquadramento conceptual; o diagnóstico de situação onde se identifica e caracteriza o contexto/problemática; a proposta de intervenção para dar resposta ao problema identificado e as considerações finais.

## 1. TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros é a comunicação eficaz e eficiente nos contextos de saúde, sendo essencial na prevenção de eventos adversos. Neste sentido, a transferência de informações entre profissionais precisa de ser eficaz, pois se a informação for pouco clara, existe o risco de haver falhas na interpretação, que podem conduzir a erros e consequentemente provocar dano na pessoa (Blom et al., 2015; Direção-Geral da Saúde, 2021).

A transição de cuidados de saúde refere-se a qualquer momento em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre profissionais, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos. São por isso momentos vulneráveis e complexos pois envolvem um maior risco de erro (DGS, 2017).

A eficácia da qualidade das passagens de turno está diretamente relacionada com a melhoria da qualidade dos cuidados, pelo que se torna essencial encontrar o que constitui um método de passagem de turno efetivo para reduzir o número de eventos adversos, resultantes de uma passagem de turno incompleta (Sousa et al., 2019)

A passagem de turno permite aos enfermeiros transmitir informação com a equipa de enfermagem, com médicos ou outros profissionais de saúde. Assim, a qualidade da comunicação no momento da passagem de informação é crucial para uma transferência bem-sucedida e para garantir a continuidade de cuidados eficazes (Pun, 2023).

De acordo com a avaliação levada a cabo pela *Joint Commission* no período de 2010-2013, as falhas de comunicação continuam a ser os eventos que mais potenciam a ocorrência de eventos adversos, pelo que é recomendação internacional, o recurso a uma ferramenta de comunicação (Felipe et al., 2022; Figueiredo et al., 2020).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, refere a comunicação como um pilar fundamental na segurança do doente, em especial em momentos de transição, devendo as instituições de saúde devem proceder à implementação de procedimentos normalizados para que a informação partilhada entre os profissionais seja a mais precisa de modo a evitar quebras na continuidade dos cuidados (DGS, 2021).

## **2. IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Um dos desafios na transição dos cuidados é a decisão sobre qual a informação a partilhar com o colega. Por vezes, os enfermeiros têm tendência para transmitir informação em excesso, noutros casos partilham informação insuficiente, irrelevante, desnecessária ou omitem aspetos importantes. A criação de ferramentas de comunicação padronizadas resolve a lacuna identificada relativamente à falta de estrutura formal e linhas orientadoras, que ajudam o profissional a organizar a informação (Sousa et al., 2019).

A técnica ISBAR é recomendada por ser de fácil memorização, ser aplicada a vários contextos, padronizada, simples e flexível, permitindo comunicar de forma clara e concisa, sem repetições. De forma simples, esta técnica possibilita memorizar construções complexas que são utilizadas na transmissão verbal de informação sobre o estado de saúde dos doentes, em que: (I) corresponde à identificação, (S) à situação atual, (B) aos antecedentes, (A) à avaliação, (R) às recomendações. Permite ainda a tomada de decisões rápida, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017; Felipe et al., 2022; Figueiredo et al., 2020).

Este instrumento auxilia o pensamento crítico e consolida habilidades de comunicação, envolvendo o pensamento lógico na resolução de problemas (Felipe et al., 2022).

Um fator facilitador da implementação desta técnica é o uso de abordagens pedagógicas como simulação, role-play, discussão e reflexão, sempre adaptadas às necessidades do contexto em que se enquadram. Os programas de formação devem abranger os profissionais de saúde de forma a garantir a segurança na comunicação (Barbosa, 2022; Burgess et al., 2020).

Para monitorizar o processo de melhoria contínua, o recurso a auditorias internas é um instrumento fundamental (Barbosa, 2022; Direção-Geral da Saúde, 2021).

### 3. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

A fase de conceção do projeto é uma fase de grande importância uma vez que torna possível clarificar quais as linhas gerais do projeto, o resultado final pretendido, determinar as estratégias a utilizar, avaliar alternativas e escolher linhas de ação.

#### NOME DO PROJETO

Projeto “Transição mais segura: implementação da técnica ISBAR na Unidade de Convalescença

#### CONTEXTO

A elaboração deste projeto surge como resposta à necessidade de diminuir as perdas de informação e diminuir os erros devido a comunicação ineficaz entre os enfermeiros da Unidade de Convalescença. Identificou-se a necessidade de padronizar e organizar a informação transmitida, contribuindo para uma comunicação mais eficaz, eficiente e segura.

Este projeto pretende servir como um guia inicial para implementar a técnica ISBAR na equipa de enfermagem na unidade de convalescença do Hospital Arcebispo João Crisóstomo.

Para compreender a viabilidade do projeto neste contexto específico foi realizada uma matriz SWOT para avaliar quatro parâmetros: *Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities* e *Threats*.

Este instrumento identifica os pontos fortes e fracos do ambiente interno e as oportunidades e ameaças do ambiente externo permitindo preparar as opções estratégicas mais eficazes.

<b>FATORES</b>	<b>POSITIVOS</b>	<b>NEGATIVOS</b>
<b>INTERNOS</b>	<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elementos predispostos a mudanças nas práticas e participação em projetos.</li> <li>-Motivação para a melhoria da prestação de cuidados.</li> <li>-Rentabilização do tempo despendido para a transmissão de informação.</li> <li>-Eficiência e a clareza na comunicação entre equipas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elevada carga de trabalho.</li> <li>-Número de enfermeiros reduzido para as necessidades do internamento.</li> <li>-Necessidade de formação e treino.</li> <li>-Inexperiência e/ou desconhecimento da técnica ISBAR.</li> </ul>
<b>EXTERNOS</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projeto inovador Integração na ULS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integração na ULS</li> <li>- Demora na autorização para a implementação do projeto.</li> </ul>

## **FINALIDADE**

Promoção da segurança do doente e transição de cuidados de saúde segura, através de uma comunicação eficaz na transmissão de informação.

## **OBJETIVOS**

Objetivo geral:

Capacitar os enfermeiros da unidade de convalescença para a implementação da técnica de comunicação ISBAR.

Objetivos específicos:

- Padronizar padrões de comunicação, clarificando e otimizando a informação de saúde transmitida entre os profissionais de enfermagem;
- Produzir instrumentos de apoio ao desenvolvimento e implementação do projeto;
- Incentivar os enfermeiros para a utilização dos instrumentos de apoio elaborados;
- Realizar avaliação/auditoria periódica do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados.

## **INTERVENIENTES**

Elementos da equipa de enfermagem na unidade de convalescença do Hospital Arcebispo João Crisóstomo.

## **4. PLANEAMENTO**

Nesta fase do projeto procede-se ao levantamento dos recursos, sendo definidas as atividades a desenvolver e o respetivo cronograma. É definido para cada objetivo específico um conjunto de atividades e estratégias que permitam alcançar o resultado esperado:

**Objetivo 1 - Uniformizar padrões de comunicação por forma a clarificar e otimizar a informação de saúde transmitida entre os profissionais de enfermagem.**

- Elaborar plano de formação sobre a técnica ISBAR (Apêndice 1);
- Executar ação de formação sobre a técnica ISBAR;
- Apresentar a ação de formação à enfermeira coordenadora do serviço e ao responsável pela formação em serviço;
- Calendarizar a ação de formação com o responsável pela formação em serviço e coordenador do Gabinete de Formação;
- Divulgar a ação de formação pelos enfermeiros da unidade de convalescença;

-Aplicar na sala de enfermagem um póster elucidativo da aplicação da técnica ISBAR (Apêndice 2).

**Objetivo 2 - Elaborar instrumentos de apoio ao desenvolvimento e implementação do projeto.**

- Criar um documento de registo para a passagem de turno com a metodologia ISBAR (Apêndice 3);
- Elaborar o póster ilustrativo da técnica ISBAR para afixar na sala de enfermagem.

**Objetivo 3 - Incentivar os enfermeiros para a utilização dos instrumentos de apoio elaborados.**

- Facilitar o acesso ao documento de registo para a passagem de turno, em todos os computadores de serviço, gravando-o numa pasta com ligação em rede;
- Exemplificar o uso do registo para a passagem de turno com a metodologia ISBAR durante o período de implementação para discussão e reflexão, de forma a encorajar a troca de experiências e sugestões de melhoria.

**Objetivo 4 - Realizar avaliação/auditoria periódica do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados.**

- Aplicar a grelha de auditoria da norma nº 001/2017 da DGS (Anexo1);
- Avaliar a aplicação da técnica ISBAR na transição de cuidados durante um mês.

**RECURSOS NECESSÁRIOS**

Para a implementação do projeto será necessário a participação de recursos humanos bem como a utilização de recursos técnicos, materiais e financeiros.

Como **meios humanos**, é fundamental a colaboração da enfermeira tutora, da enfermeira coordenadora do serviço assim como do responsável pela formação em serviço. A enfermeira tutora terá um papel essencial na orientação e colaboração na implementação do projeto. A enfermeira gestora terá um papel cooperador, influenciador da restante equipa de enfermagem e de consultoria. O responsável pela formação servirá como elo de ligação na formação a ser implementada no serviço e como consultor.

Relativamente aos **meios técnicos** será necessário computador com acesso de rede móvel, acesso remoto via *Virtual Private Network* (VPN) aos serviços documentação e biblioteca, impressora a cores e uma sala de formação com computador e projetor multimédia.

Os **meios materiais** utilizados serão o impresso do plano de ação de formação, o registo de presenças e o poster.

Como **meios financeiros** apenas se prevê as despesas inerentes aos impressos necessários.

De forma a resumir todas as atividades e esquematizar a evolução e efetivação das mesmas foi criado um cronograma com a calendarização de todas as atividades do projeto (Apêndice 4). Tendo em conta o espaço temporal deste ensino clínico, apenas se prevê serem implementadas durante a sua realização as etapas iniciais (conceção e implementação), uma vez que não haverá oportunidade de realizar avaliação/auditoria periódica do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados.

#### **4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO**

O cronograma das atividades será o guia orientador da fase de implementação do projeto. Esta etapa do projeto corresponde à concretização do que foi planeado ao longo de todas as fases que antecederam. Em seguida serão apresentadas as diversas atividades a implementar e estratégias na medida dos objetivos traçados.

Apresentação do projeto à enfermeira coordenadora e ao responsável pela formação em serviço.

Esta apresentação é uma das atividades mais importantes para garantir a viabilidade da implementação do projeto. A reunião será agendada de acordo com a disponibilidade de ambos os elementos, onde se pretende efetuar uma breve apresentação do tema.

Realização da sessão de formação.

A formação é um dos alicerces do exercício profissional dos enfermeiros promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, bem como, sistemas de saúde mais eficientes com profissionais mais capacitados. Pretende-se assim a realização de uma formação que abranja 85% dos enfermeiros da equipa e pretende-se que possa ser realizada presencialmente ou online, utilizando a aplicação *Teams* adotada pela instituição para o efeito. Para tal criamos o plano da sessão de formação – Projeto “TRANSIÇÃO

MAIS SEGURA: Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Convalescença”  
(Apêndice 1).

#### Implementação da folha de registo de passagem de turno.

Antes da implementação efetiva no serviço, deverá realizar-se um pré-teste durante o período de 15 dias. Neste período serão realizados ajustes necessários semanalmente para resolver limitações identificadas, assim como para adotar sugestões da equipa perante a nova metodologia experimentada.

Após o período experimental pretende-se a continuidade da implementação da técnica ISBAR.

### **6.AVALIAÇÃO DO PROJETO**

A implementação do projeto não prevê gastos acrescidos, no que refere a recursos humanos ou horas extraordinárias de trabalho. Para a avaliação do projeto serão avaliados indicadores de estrutura, processo e resultado.

Indicadores de Estrutura: recursos materiais (folhas de transmissão de informação interna e poster), grelha de auditoria e recursos humanos com formação em ISBAR.

$$100 \times \frac{\text{n}^\circ \text{ total de enfermeiros alvo de formação}}{\text{n}^\circ \text{ total de enfermeiros do serviço}}$$

Meta: Garantir percentagem de formação realizada aos enfermeiros superior a 80% no primeiro trimestre.

#### Indicadores de processo:

$$100 \times \frac{\text{n.}^\circ \text{ utentes transferidos com a técnica ISBAR}}{\text{n.}^\circ \text{ total de transferências}}$$

Meta: Garantir taxa de efetividade de aplicação da norma de procedimento de 100% num período de dois meses.

Indicadores de Resultado:

A avaliação do projeto será realizada com recurso a auditorias internas trimestrais adotando o modelo proposto pela Norma 001/2017 da DGS. Os dados obtidos serão posteriormente analisados e será elaborado um relatório para posterior divulgação à equipa de enfermagem e responsáveis do serviço.

$$100 \times \frac{\text{n.}^\circ \text{ total de respostas SIM}}{\text{n.}^\circ \text{ total de respostas aplicáveis}}$$

Meta: Garantir percentagem de pelo menos 75% num período de dois meses.

## **7. RELATÓRIO FINAL E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

A pretensão final deste projeto será transmitir o conhecimento adquirido e proporcionar a sua replicação pelos demais serviços da instituição, na incessante procura pela melhoria e inovação dos cuidados de enfermagem.

Assim propõe-se que o documento seja disponibilizado para consulta na intranet da instituição após a sua conclusão.

## **CONCLUSÃO**

A comunicação eficaz entende-se como a transmissão de informação entre profissionais de saúde, devendo esta ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor (Direção-Geral de Saúde, 2017).

A passagem de turno é um momento formal de transmissão da informação na prática de cuidados de enfermagem. Uma das estratégias que contribui para garantir a existência de uma comunicação eficaz é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da transmissão de informação. O ISBAR é uma ferramenta que permite padronizar a comunicação em saúde, sendo reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

A transmissão de informação ambígua ou imprecisa pode ter consequências ao nível dos diagnósticos, em eventos adversos, tais como erros, tratamentos pouco adequados ou ineficazes. Uma comunicação ineficaz pode também ser geradora de conflitos entre os profissionais de saúde.

Ao longo da elaboração deste projeto percebe-se como é importante divulgar o que é praticado, aprendido, testado e investigado em enfermagem. Proporcionar uma prática baseada em evidência e mostrar à comunidade científica, profissional e população em geral o resultado das nossas intervenções permite a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, aumenta a literacia em saúde e otimiza os resultados em saúde.

Com a metodologia de trabalho de projeto desenvolvida procura-se solucionar uma problemática identificada num serviço de saúde promovendo a segurança do doente, aumentando a qualidade da prestação de cuidados, diminuindo o risco de eventos adversos e promovendo a aprendizagem no seio da equipa de enfermagem empregando as mais específicas competências do enfermeiro especialista.

A divulgação dos resultados obtidos é um dever ético e deontológico explícito pela Ordem dos Enfermeiros (2019) no seu Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista onde é discriminado que cabe ao enfermeiro especialista divulgar resultados da evidência para aumentar o conhecimento e o desenvolvimento da enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, J. A. da C. F. (2022). *A Comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Blom, L., Petersson, P., Hagell, P., Professor, R., & Westergren, A. (2020). The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. In *International Journal of Caring Sciences* (Vol. 8). [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)

Bugess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. In *BMC Medical Education* (Vol. 20). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>

Conselho Pedagógico. (2024). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.

Direção-Geral da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário Da República*, 2.ª série(187), 96–103.

Felipe, T. R. L., Spiri, W. C., Juliani, C. M. C. M., & Mutro, M. E. G. (2022). Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem - SBAR (Situation-Background-Assessment- Recommendation): validação e aplicação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0608pt>

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, A. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, Jan-Mar(15), 1–38.

Figueiredo, A. R. E., Ana, Potra, T. M. F. dos S., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situ. In *Diário da República n.º 429/2018, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República, n.º 140/2019, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019: Vol. nº26*.

Pun, J. (2023). Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1021110>

Schmidt, T., Kocher, D. R., Mahendran, P., & Denecke, K. (2019). Dynamic pocket card for implementing ISBAR in shift handover communication. *Studies in Health Technology and Informatics*, 267, 224–229. <https://doi.org/10.3233/SHTI190831>

Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Content of information exchanged by emergency room nurses during shift handover. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(21), 151–158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>

Anexo 1 – Grelha de auditoria.

<b>Instrumento de Auditoria</b>				
<b>Norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"</b>				
<b>Unidade:</b>				
<b>Momentos da transição de cuidados:</b>				
<input type="radio"/> Admissão hospitalar <input type="radio"/> Passagem de turno <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados de saúde primários <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados continuados integrados <input type="radio"/> Alta hospitalar				
<b>Data:</b> ___/___/___				
<b>Equipa auditora:</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>Evidência / Fonte</b>
1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?				
2. Na transição de cuidados, sem prejuízo das situações a que se refere o nº 1 do Despacho nº 2784/2013, de 11 de fevereiro, é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?				
3. Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?				
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?				
5. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?				
6. A instituição assegura formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?				
7. A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho nº 2784/2013?				
<b>Subtotal</b>	/	/	/	<del> </del>
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)</b>	%			<del> </del>

Apêndice 1- Plano de sessão de formação.

<b>Formação</b>	Projeto “TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Convalescença”
<b>Enquadramento/fundamentação</b>	<p>A comunicação eficaz entre profissionais de saúde trata-se da transmissão de informação entre os profissionais, que se distingue por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor (DGS, 2017).</p> <p>O ISBAR trata-se de uma técnica que permite padronizar a comunicação em saúde sendo reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. A utilização desta técnica contribui para “(...) a rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (...)” (Direção Geral de saúde, 2017, p. 6)</p>
<b>Objetivos</b>	<p><b>Geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar os enfermeiros para a implementação da técnica de comunicação ISBAR.</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniformizar padrões de comunicação por forma a clarificar e otimizar a informação de saúde transmitida entre os profissionais de enfermagem;</li> <li>- Incentivar os enfermeiros para a utilização dos instrumentos de apoio elaborados.</li> </ul>
<b>Nº de ações</b>	1
<b>Destinatários</b>	Equipa de enfermagem da unidade de convalescença
<b>Número de participantes</b>	24
<b>Metodologia</b>	Expositivo e demonstrativo
<b>Programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do tema e objetivos;</li> <li>- Contextualização teórica;</li> <li>- Apresentação das normas da DGS;</li> <li>- Apresentação da técnica ISBAR;</li> <li>- Apresentação e demonstração da folha de registo de passagem de turno segundo a técnica ISBAR.</li> </ul>
<b>Datas e horários</b>	13/06/2024 as 14h
<b>Duração da formação</b>	1 hora
<b>Local</b>	Sala de formação da instituição / online via Teams.

<b>Recursos</b>	Computador Projetor Tela
<b>Formadores</b>	Ana Oliveira Liliana Gonçalves
<b>Avaliação</b>	Questionário de avaliação de formação (da instituição).

Apêndice 2 – Póster “Técnica ISBAR”

<b>Projeto “TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Convalescença”</b>	
<b>I</b> <b>Identificação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome completo do utente, data nascimento;</li> <li>• Identificação da pessoa significativa.</li> </ul>
<b>S</b> <b>Situação Atual/Causa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data de admissão;</li> <li>• Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde.</li> </ul>
<b>B</b> <b>Antecedentes/anamnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes clínicos;</li> <li>• Níveis de dependência;</li> <li>• Alergias conhecidas ou da sua ausência;</li> <li>• Hábitos relevantes;</li> <li>• Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</li> <li>• Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</li> </ul>
<b>A</b> <b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas ativos;</li> <li>• Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;</li> <li>• Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</li> <li>• Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</li> </ul>
<b>R</b> <b>Recomendações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação sobre consultas e MCDT agendados;</li> <li>• Identificação de necessidades do cuidador informal.</li> </ul>
<p>Autores: Ana Oliveira                      Baseado na Norma 001/2017 da DGS – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde</p>	

Apêndice 3 – Documento de registo para a passagem de turno com a metodologia ISBAR.

1	I	Nome _____ Idade ____	Familiar de referência	TA
		Processo _____ Origem _____		FC
	S	Data de admissão ___/___/___ Motivo internamento _____		O2
		Antecedentes:	Alergias:	T
	B A R	Notas (avaliação do doente, medicação, cateteres, etc...)		BMT
MCDT's/Consultas:		Peso		
2	I	Nome _____ Idade ____	Familiar de referência	TA
		Processo _____ Origem _____		FC
	S	Data de admissão ___/___/___ Motivo internamento _____		O2
		Antecedentes:	Alergias:	T
	B A R	Notas		BMT
MCDT's/Consultas:		Peso		
3	I	Nome _____ Idade ____	Familiar de referência	TA
		Processo _____ Origem _____		FC
	S	Data de admissão ___/___/___ Motivo internamento _____		O2
		Antecedentes:	Alergias:	T
	B A R	Notas		BMT
MCDT's/Consultas:		Peso		
4	I	Nome _____ Idade ____	Familiar de referência	TA
		Processo _____ Origem _____		FC
	S	Data de admissão ___/___/___ Motivo internamento _____		O2
		Antecedentes:	Alergias:	T
	B A R	Notas		BMT
MCDT's/Consultas:		Peso		
5	I	Nome _____ Idade ____	Familiar de referência	TA
		Processo _____ Origem _____		FC
	S	Data de admissão ___/___/___ Motivo internamento _____		O2
		Antecedentes:	Alergias:	T
	B A R	Notas		BMT
MCDT's/Consultas:		Peso		

A – Alimentação; H – Higiene; M – Mobilidade; E – Eliminação  
E – Elevado; M – Moderado; R – Reduzido; I - Independente

Apêndice 4 – Cronograma das atividades do projeto.

<b>ATIVIDADES</b>	<b>Abril</b>	<b>Maió</b>	<b>Junho</b>	<b>Julho</b>	<b>Agosto</b>	<b>Setembro</b>	<b>Outubro</b>
Diagnóstico de situação.							
Pesquisa bibliográfica.							
Elaboração do plano de sessão, póster, folha de registo de passagem de turno e folha de grelha de avaliação.							
Apresentação do projeto à enfermeira gestora e responsável pela formação em serviço.							
Elaboração e divulgação das sessões de formação.							
Realização das sessões de formação e aplicação dos questionários de avaliação.							
Afixação do póster sobre a técnica ISBAR, na sala de enfermagem.							
Pré-teste de implementação da folha de registo de passagem de turno.							
Implementação da folha de registo de passagem de turno.							

Auditoria à implementação da folha de registo de passagem de turno.							
Relatório final de avaliação do projeto.							
Divulgação dos resultados.							

## APÊNDICE 6 - Cultura de Segurança dos Medicamentos



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

Ana Rosete de Oliveira

**CULTURA DE SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS**

Coimbra, maio de 2024



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

Ana Rosete de Oliveira

**CULTURA DE SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS**

Trabalho realizado no âmbito da Componente Clínica

em pessoa em situação crónica

Coimbra, maio de 2024

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1. SEGURANÇA DO DOENTE</b>	<b>5</b>
<b>2. CULTURA DE SEGURANÇA E GESTÃO DA MUDANÇA</b>	<b>6</b>
<b>3. CULTURA DE SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS</b>	<b>7</b>
<b>4. ERROS DURANTE O PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>	<b>9</b>
4.1. Etapas da medicação	9
<b>5. DIMENSÃO DOS ERROS E ALGUNS FATORES CONTRIBUTIVOS</b>	<b>11</b>
5.1. Medicamentos de Alerta Máximo	11
5.2. Medicamentos "look-alike e sound-alike"	12
<b>6. SISTEMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE</b>	<b>14</b>
<b>7. COMUNICAR INCIDENTES DE ERROS DE MEDICAÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>8. ESTRATÉGIAS A IMPLEMENTAR</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>18</b>

## INTRODUÇÃO

O tema da segurança do doente emergiu, nas últimas duas décadas, como uma questão central nas agendas de muitos países da Europa e um pouco por todo o mundo, sendo hoje internacionalmente reconhecido como uma componente fundamental da qualidade na saúde.

Atualmente, os danos causados aos doentes decorrentes de cuidados de saúde inseguros constituem um grande e crescente desafio global de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. A maioria dos danos causados aos doentes é evitável (World Health Organization, 2021).

Em Portugal, com o PNSD 2015-2020, assistiu-se a uma definição das ações a serem desenvolvidas a nível local e central em matéria de segurança do doente. Considerado um instrumento de apoio para os gestores e profissionais de saúde no que respeita à aplicação de boas práticas de segurança, assentava em 9 objetivos estratégicos, sendo um deles aumentar a segurança na utilização da medicação.

Quanto a este objetivo, as metas eram que 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementassem práticas seguras de medicação, de acordo com os normativos nacionais, e redução de 50% em cada ano, face ao ano anterior, do número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do SNS ou com ele convencionado. Assim, e com o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, foi desenvolvido o PNSD 2021-2026 que é, simultaneamente, um plano de continuidade e um plano inovador (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Os erros de medicação são dos incidentes de segurança do doente mais frequentes, ocorrem em todos os contextos de cuidados e são causadores de eventos adversos.

Os erros de medicação podem ocorrer durante a utilização de medicamentos, o que normalmente inclui a prescrição, dispensa, administração e monitorização. Vários profissionais de saúde estão envolvidos no processo de utilização de medicamentos e a gravidade dos danos relacionados com a medicação pode variar entre danos ligeiros, graves e morte, com custos associados de cuidados de saúde e outros custos (World Health Organization, 2023a).

Este trabalho tem como objetivo desenvolver conhecimentos para uma melhor atuação na área da segurança da medicação, nomeadamente identificar áreas de atenção relevantes para evitar o erro de medicação e desenvolver estratégias de prevenção do erro de medicação pelos enfermeiros.

Foram utilizadas metodologias que conduziram à análise e reflexão, através da leitura de

artigos científicos recorrendo às bases de dados PubMed e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), ao repositório científico e normas nacionais e internacionais, num horizonte temporal de um mês.

A concretização do trabalho segue as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024).

Neste sentido o presente documento encontra-se estruturado por uma introdução, seguindo-se uma análise do tema e por fim sugestões de estratégias a implementar.

## 1. SEGURANÇA DO DOENTE

No processo de cuidados qualquer ponto pode conter um risco inerente. A natureza e a dimensão dos riscos variam em função do contexto da prestação de cuidados de saúde e da sua disponibilidade, das infraestruturas e dos recursos dentro e entre países. Assim, o desafio para todos os sistemas de saúde e organizações que prestam cuidados de saúde, é manter uma sensibilização para detetar riscos de segurança, bem como para atuar sobre todas as fontes de potenciais danos (World Health Organization, 2021).

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (PAMSD 2021-2030), adotado pela OMS, tem como visão um mundo no qual não existam danos relacionados com os cuidados de saúde preconizando a prestação de cuidados seguros personalizados a todos os doentes, ao longo do ciclo de vida. O desenho do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 teve igualmente em consideração as recomendações decorrentes dos objetivos de desenvolvimento sustentável, das Nações Unidas, muito especificamente no seu terceiro objetivo e, mais recentemente, do PAMSD 2021-2030 da OMS, que veio reforçar a necessidade de se destacar, na agenda das políticas de saúde, a importância da segurança do doente, pretendendo assumir o princípio orientador de todos os planos nacionais, desenvolvidos e a desenvolver neste âmbito (Direção-Geral da Saúde, 2022; World Health Organization, 2021).

Os danos causados aos doentes devido a cuidados de saúde inseguros são uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo e, na maioria das vezes esses danos são evitáveis (World Health Organization, 2023c, 2023a).

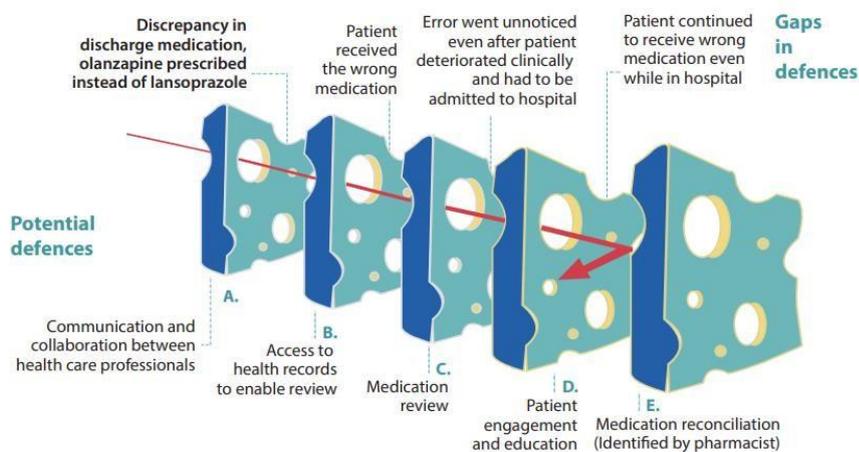
A OMS define dano ao doente como um incidente qual resultam danos para o doente como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde. Esse dano pode ser físico, social ou psicológico (por exemplo, doença, lesão, sofrimento, incapacidade e morte) (World Health Organization, 2023a).

Em 1999, um relatório nos Estados Unidos, *To err is human*, chamou a atenção para os erros médicos evitáveis e, desde a sua publicação, a segurança dos doentes tornou-se uma prioridade nos cuidados de saúde (Muzio et al., 2019; World Health Organization, 2023c)

## 2. CULTURA DE SEGURANÇA E GESTÃO DA MUDANÇA

É necessária uma cultura de segurança no local de trabalho ou no sistema de cuidados de saúde para garantir a segurança da medicação. Na segurança dos doentes, é adotada uma abordagem sistémica, uma vez que muitos fatores têm de ser abordados para reduzir os danos. Uma abordagem sistémica inclui as condições em que os indivíduos trabalham e tenta construir defesas para evitar erros ou atenuar os seus efeitos. O modelo do "queijo suíço", aplicado à segurança dos medicamentos, ilustra as defesas potenciais ao longo da utilização dos medicamentos (World Health Organization, 2023a).

Figure 3. "Swiss cheese" model as applied to medication safety



Source: Adapted with the permission of the publisher, from Reason J (100) and reproduced from World Health Organization, Technical report (75).

Uma cultura de segurança tem cinco atributos que devem ser operacionalizados pelos profissionais de saúde através de sistemas de gestão da segurança:

- Todos os trabalhadores aceitam a responsabilidade pela segurança de si próprios, dos seus colegas de trabalho, dos doentes e dos visitantes;
- Os trabalhadores dão prioridade à segurança em relação aos objetivos financeiros e operacionais;
- O sistema incentiva e recompensa a identificação, comunicação e resolução de problemas de segurança;
- O sistema permite que a organização aprenda com os acidentes;
- O sistema fornece os recursos, a estrutura e a responsabilidade adequados para manter sistemas de segurança eficazes;

As organizações com uma cultura de segurança efetiva empenham-se para que a segurança

seja uma prioridade elevada em toda a organização. A não consideração da cultura de segurança organizacional é uma das principais razões pelas quais as iniciativas de mudança planeadas não conseguem ultrapassar barreiras (World Health Organization, 2023c).

### **3. CULTURA DE SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS**

A administração de medicamentos representa 40% da atividade clínica de enfermagem nos hospitais e os enfermeiros desempenham um papel essencial na garantia da segurança dos doentes, uma vez que são diretamente responsáveis pelos cuidados prestados aos mesmos (Muzio et al., 2019).

Os erros de medicação, os erros de gestão terapêutica adicional, procedimentos cirúrgicos, infeções relacionadas com os cuidados de saúde e diagnóstico, são dos incidentes de segurança do doente mais frequentes, ocorrendo em todos os contextos de cuidados e sendo causadores de eventos adversos (Giraldina et al., 2021; Soon et al., 2021; World Health Organization, 2023a).

Relativamente aos erros de medicação, estes podem ocorrer durante utilização de medicamentos, o que normalmente inclui a prescrição, dispensa, administração e monitorização. Vários profissionais de saúde estão envolvidos no processo de utilização de medicamentos a vários níveis de cuidados. A gravidade dos danos relacionados com a medicação em qualquer fase pode variar entre danos ligeiros, graves e morte, com custos associados de cuidados de saúde e outros custos (Soon et al., 2021; World Health Organization, 2023a).

Os danos causados por medicamentos e opções terapêuticas representaram quase 50% dos danos evitáveis globais nos cuidados médicos. A prevalência combinada de danos evitáveis relacionados com medicamentos foi de 5% (1 em 20 doentes) e um quarto dos danos foi grave ou potencialmente fatal (World Health Organization, 2023).

O relatório da Organização para a Coração e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2022 refere que 1 em cada 10 hospitalizações nos países da OCDE ocorre devido a danos relacionados com medicamentos e 1 em cada 5 doentes hospitalizados sofrem danos relacionados com medicamentos (World Health Organization, 2023c)

Em Portugal, apesar dos poucos estudos sobre esta temática, existem autores que calculam que o número anual de mortes por erro de medicação seria entre 1300 a 2900, ultrapassando as mortes anuais em acidentes rodoviários desde 2005 até setembro de 2011 (Giraldina et

al., 2021).

De acordo com os dados do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, 13% do total de incidentes notificados correspondem a incidentes de medicação e dados referentes às notificações efetuadas pelos profissionais de saúde relacionadas com a medicação/fluidos endovenosos no ano de 2017, representam 10% (Giraldina et al., 2021).

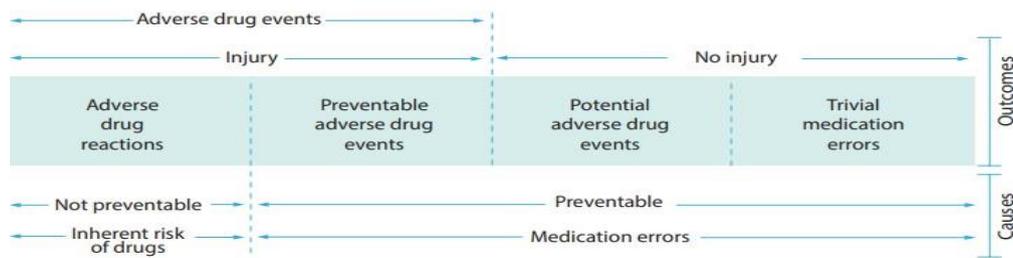
Além disso, tanto os eventos adversos da medicação como os erros de medicação, podem aumentar o tempo de permanência dos doentes nas instituições de saúde, aumentando os custos. Uma utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas de prevenção, o que terá repercussões positivas ao nível dos custos diretos e indiretos associados ao erro de medicação (Giraldina et al., 2021).

Garantir uma cultura de segurança e gerir mudanças na cultura no local de trabalho e no sistema de saúde são cruciais para melhorar a segurança dos medicamentos. Os sistemas de notificação e aprendizagem de erros de medicação têm sido utilizados para identificar erros e criar oportunidades de aprendizagem para a prevenção de erros (World Health Organization, 2023c)

Os medicamentos podem dar origem a **acontecimentos adversos a medicamentos**, sendo definidos como lesão resultante de intervenções médicas relacionadas com um medicamento e incluem tanto as reações adversas a medicamentos em que não houve erro como as complicações resultantes de erros de medicação (World Health Organization, 2023c).

Os **acontecimentos adversos a medicamentos** evitáveis são erros de medicação, definidos como um evento evitável que pode causar ou levar ao uso inapropriado de medicamentos ou a danos ao doente, enquanto o medicamento está sob o controlo do profissional de saúde, do doente ou do consumidor. Esses eventos podem estar relacionados com a prática profissional, produtos de saúde, procedimentos e sistemas de cuidados de saúde e incluem a prescrição, a comunicação de pedidos, a rotulagem, embalagem e nomenclatura do produto, composição, dispensa, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização (World Health Organization, 2023c).

**Figure 1. Relations between medication errors and adverse drug events**



Source: Reproduced, with the permission of the publisher, from Otero and Schmitt (16).

O processo de medicação envolve diferentes profissionais de saúde, principalmente médicos, farmacêuticos e enfermeiros, que trabalham em vários contextos. De salientar que um erro que ocorra em qualquer fase e que atinja um doente, pode resultar em danos e envolver todas as pessoas relacionadas ao processo de utilização de medicamentos, bem como o sistema em que trabalham (World Health Organization, 2023c).

Os estudos sobre erros de medicação identificaram fatores contributivos relacionados com os doentes, os profissionais de saúde e os medicamentos. Estes fatores incluem o número de medicamentos utilizados por doente, o número de comorbidades, a utilização de medicamentos de alto risco (de alerta máximo) e o envolvimento de vários profissionais de saúde e de cuidados de saúde (World Health Organization, 2023c).

#### **4. ERROS DURANTE O PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

A medicação é um processo complexo envolvendo ações interdependentes desempenhadas por uma equipa multiprofissional. O enfermeiro é um elemento imprescindível, uma vez que desempenha múltiplas funções neste processo, como o pedido à farmácia, a preparação, a administração, a monitorização e o registo de todas as ações e intercorrências. É de salientar ainda que o enfermeiro é o último profissional de saúde que pode detetar o erro de medicação antes do medicamento ser administrado ao doente (Giraldina et al., 2021).

##### **4.1. Etapas da medicação**

###### **Prescrição**

Os erros de prescrição são definidos como um erro cometido pelo prescritor e ocorrem durante a prescrição de um medicamento, durante a redação de uma receita de medicamentos ou durante a tomada de uma decisão terapêutica. Pode também incluir a não prescrição de um medicamento necessário para tratar uma doença diagnosticada ou para prevenir os efeitos

adversos de outros medicamentos (World Health Organization, 2023c).

### **Transcrição**

Os erros de transcrição ocorrem durante a comunicação de pedidos devido ao registo incorreto de dados pelos profissionais de saúde. Define-se como qualquer discrepância entre a prescrição de medicação do médico e a ordem de medicação escrita em qualquer documento relacionado com o doente em causa, como o registo médico, a ficha de medicação, a folha de requisição de medicação, a ficha de medicação de alta ou qualquer outro documento semelhante (World Health Organization, 2023c).

### **Dispensa**

Os erros de dispensa são definidos como desvios à da ordem do prescriptor, efetuada pelo serviço farmacêutico aquando da distribuição de medicamentos aos serviços ou aos doentes em ambulatório (World Health Organization, 2023c).

### **Administração**

Qualquer discrepância entre a forma como um medicamento é administrado a um doente e as instruções de administração do médico ou das diretrizes do hospital é considerada um erro de administração. A revisão sistemática da OMS indicou que a prevalência global de erros de administração era de 22%, enquanto a taxa média de erros de administração, excluindo os erros no tempo de administração, era de 10,5% (World Health Organization, 2023c).

### **Monitorização**

A não revisão de um regime prescrito para verificar a sua adequação e detetar problemas ou a não utilização de dados clínicos ou laboratoriais apropriados para avaliar a resposta do doente, de acordo com a teoria da prescrição, é designada por erro de monitorização. Os erros de monitorização foram os segundos erros de medicação evitáveis depois dos erros de prescrição, com taxas de erro de 36% e 47% relatadas em revisões sistemáticas (World Health Organization, 2023c).

## **5. DIMENSÃO DOS ERROS E ALGUNS FATORES CONTRIBUTIVOS**

A utilização de medicamentos implica a colaboração entre vários profissionais de saúde e de prestação de cuidados ao longo de todo o processo. Para se estabelecerem estratégias de segurança é necessário identificar as causas associadas aos erros da medicação (Giraldina et al., 2021).

### **5.1. Medicamentos de Alerta Máximo (MAM)**

Muitos medicamentos apresentam um maior risco de danos quando utilizados de forma incorreta ou inadequada. Estes são designados por "medicamentos de alto risco (alerta máximo)". A utilização destes medicamentos em grupos vulneráveis, como crianças e idosos pode aumentar o risco de danos. Nos hospitais, os medicamentos habitualmente implicados como de alto risco são agentes anti-infecciosos, potássio e outros eletrólitos, opióides e outros sedativos, medicação antineoplásica, heparina e anticoagulantes (World Health Organization, 2023).

A implementação de práticas seguras, no que diz respeito aos medicamentos de alerta máximo, deve ser uma prioridade na prática clínica uma vez que são medicamentos que apresentam risco aumentado de provocar dano significativo ao doente se ocorrerem falhas no processo de utilização. Os erros que possam ocorrer com estes medicamentos, embora não sejam os mais frequentes, tem consequências que tendem a ser mais graves devido a alguns aspetos, nomeadamente a margem terapêutica estreita e a gravidade dos seus potenciais efeitos adversos (Giraldina et al., 2021).

Neste âmbito, foi emitida a norma da Direção Geral da Saúde (DGS), nº14 de 2015, posteriormente revista em 2023, onde são descritas orientações às instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde (Norma Nº 008/2023).

Assim, as práticas seguras recomendadas consistem na elaboração e divulgação da lista interna de medicamentos de alerta máximo a todos os profissionais de saúde, com revisão anual, criação de parametrização de alertas para estes medicamentos nas aplicações informáticas, elaboração de procedimentos específicos sempre que adequado, existência limitada do número de apresentações e de concentrações destes medicamentos e desenvolvimento de estratégias e implementação de medidas através da elaboração de procedimentos quanto ao armazenamento, prescrição, dispensa, preparação e administração. Além disso, os medicamentos de alerta máximo devem estar sinalizados de forma a se evidenciem dos outros e deve ser realizada uma dupla verificação dos cinco certos, dos

cálculos para doses que requerem preparação e do rótulo com a prescrição ou com o registo para a administração. A formação dos profissionais de saúde também é uma medida a ser promovida de modo a melhorar o conhecimento sobre estes medicamentos (Giraldina et al., 2021; Norma No 008/2023, 2023; Soon et al., 2021).

## **5.2. Medicamentos "look-alike e sound-alike"(LASA)**

Os nomes, embalagens ou rótulos dos medicamentos podem ser confusos e, por vezes, existe falta de informação clara. Os nomes, rótulos e embalagens confusos, do tipo "look-alike and sound-alike" (LASA), são fontes frequentes de erros e de danos relacionados com a medicação, sendo que 6-14% de todos os erros se devem a produtos LASA. Os pares LASA identificados são publicados pelo Institute for Safe Medication Practices (Instituto para as Práticas de Medicação Segura), e podem ser utilizadas "letras maiúsculas" para identificar estes medicamentos com exatidão (World Health Organization, 2023).

Os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes (LASA) também são uma fonte conhecida de erro de medicação evitável, que pode levar a danos graves ao doente e consequentemente a cuidados de saúde e custos elevados (Giraldina et al., 2021).

Os erros LASA podem ocorrer nas fases de prescrição, transcrição ou documentação, dispensa, administração e monitorização. Estima-se que os erros de LASA sejam responsáveis por 6,2-14,7% de todos os erros de medicação.

Os erros LASA conduzem frequentemente à administração do medicamento errado, na dose errada ou incorreta do medicamento, conduzindo a efeitos tóxicos ou outros efeitos adversos (World Health Organization, 2023b).

O impacto no doente dependerá do medicamento administrado e do estado do doente. Os erros LASA podem resultar em toxicidade devido à sobredosagem de um medicamento, efeitos adversos de um medicamento não pretendido e exacerbação da doença para a qual o medicamento pretendido não foi administrado. Alguns erros são detetados antes de o medicamento ser administrado a um doente, enquanto outros só são detetados muito mais tarde. Os erros podem ser mais comuns quando há falta de familiaridade com os produtos utilizados (World Health Organization, 2023a).

Em 2014, a DGS emitiu a norma nº20 que diz respeito a estes medicamentos, dando orientações às instituições prestadoras de cuidados de saúde para a implementação de práticas seguras no que respeita aos medicamentos LASA, nomeadamente a elaboração e

divulgação interna da lista destes medicamentos, com revisão anual. É preconizada a parametrização de alertas nas aplicações informáticas, o desenvolvimento de estratégias quanto ao armazenamento separado, sinalização com utilização de cores, negrito ou grafismo diferente, medidas de diferenciação na sua identificação escrita, incluindo a rotulagem, através de alteração do grafismo aplicando o método de inserção de letras maiúsculas, de cores, negrito ou outros. Deve-se reforçar, para os medicamentos LASA, a identificação dos cinco certos e promover formação neste âmbito (Giraldina et al., 2021).

### **Ações para evitar erros devidos a medicamentos LASA**

- **Evitar interrupções, distrações e ordens verbais:**

- Se as ordens verbais não puderem ser evitadas, repetir o nome em voz alta para confirmar a ordem verbal exata e clarificar o nome.

- Utilizar sinais que indiquem "não incomodar" ou "sem interrupções" durante a distribuição e administração de medicamentos

- Utilizar lembretes e alertas para os medicamentos LASA.

- Ter em atenção que os ambientes de alta intensidade, tais como urgências, blocos operatórios e unidades de cuidados intensivos, são particularmente propensos a erros LASA;

- **Dar preferência a prescrição eletrónica ou, na sua falta, redigir receitas legíveis e evitar a utilização de abreviaturas suscetíveis de induzir em erro;**

- **Identificar a embalagem e a rotulagem dos medicamentos LASA e fornecer material de informação, educação e material de comunicação:**

- Usar intervenções tipográficas, como letras maiúsculas;

- Utilizar autocolantes com símbolos ou pictogramas nas embalagens ou na sinalética das prateleiras.

- Revestir os medicamentos de forma a incluir os nomes de marca e genéricos e utilizar sinalética clara nas prateleiras.

- **Alterar o armazenamento dos medicamentos:**

- Alterar a sequência de armazenamento de medicamentos com nomes sonoros semelhantes, especialmente aqueles com um com um rácio terapêutico estreito.

- Separar os pares de medicamentos LASA ou grupos de medicamentos, como as

cefalosporinas.

-Utilizar autocolantes com técnicas como TML, negrito e diferenças de cor para reduzir a confusão associada aos medicamentos LASA em rótulos, caixas de armazenamento, prateleiras, ecrãs de computador, dispositivos de distribuição automática e de registos.

-Utilizar o código de cores para diferenciar os medicamentos, embora seja aconselhável uma combinação de técnicas, especialmente para as pessoas daltónicas.

- **Utilizar soluções de base tecnológica para medicamentos LASA**

Utilizar um sistema de identificação de produtos farmacêuticos, quando disponível, para reduzir os erros;(World Health Organization, 2023b).

**Fatores físicos** como a fadiga, o esgotamento, a distração e a interrupção, a deficiente transferência de informação e **fatores psicológicos** relacionados com a inexperiência, a carga de trabalho e o apoio insuficiente à decisão foram apontados como razões para os erros cometidos pelos profissionais de saúde (Giraldina et al., 2021; World Health Organization, 2023).

Relativamente à fadiga do profissional de saúde, o trabalho por turnos pode influenciar e favorecer a ocorrência de erros, existindo uma maior percentagem de erros no turno da noite. A falta de pessoal é o fator que mais contribui para a ocorrência de erros, pois conduz inevitavelmente à fadiga e sobrecarga de trabalho. Assim, a dotação segura de enfermeiros está diretamente ligada à segurança do doente e dos profissionais de saúde (Giraldina et al., 2021; Muzio et al., 2019).

Os médicos, os farmacêuticos e os enfermeiros são os principais prestadores de cuidados de saúde envolvidos no processo de medicação. Estes podem sentir uma variedade de emoções após um erro de medicação, incluindo culpa, vergonha, ansiedade, medo e depressão (World Health Organization, 2023c).

## **6. SISTEMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE**

O ambiente dos cuidados de saúde é um dos fatores determinantes do risco de erros de medicação. Os sistemas e o ambiente nos países de elevado rendimento, com prescrição eletrónica, dispensa com código de barras, dispositivos automatizados para administração e sistemas estabelecidos de notificação de erros e de aprendizagem, têm maior probabilidade

de prevenir erros de medicação (World Health Organization, 2023).

Os profissionais de saúde e de prestação de cuidados têm um papel fundamental a desempenhar na garantia da segurança da medicação. Os líderes dos cuidados de saúde devem sensibilizar para a segurança dos medicamentos e dar prioridade às áreas a abordar com base numa avaliação de um país ou instituição (World Health Organization, 2023a).

**Os subdomínios a abordar são os seguintes:**

**Educação e formação:** utilizar o Guia Curricular da OMS sobre Segurança dos Doentes, secção sobre segurança dos medicamentos, para desenvolver e atualizar as competências de todas as categorias de profissionais de saúde e de cuidados em práticas de medicação seguras e para orientar os novos membros da equipa em sistemas e práticas de medicação seguros (World Health Organization, 2023c);

**Comunicação e trabalho em equipa:** fornecer informações claras e completas sobre os medicamentos a todos os membros da equipa clínica ao longo de todo o processo de tratamento para evitar erros de medicação. Ler novamente durante ordens verbais para garantir que a ordem correta é comunicada, a fim de evitar erros (World Health Organization, 2023c).

**Capacidade nos locais de prestação de cuidados:** prescrever racionalmente e transcrever, dispensar, administrar e monitorizar medicamentos cuidadosamente, utilizando métodos como a tecnologia, a escrita legível, evitando abreviaturas propensas a erros e verificação dos **5 corretos** (doente, medicamento, dose, via e hora corretos). Os profissionais de saúde devem estar conscientes das situações em que o risco de erro de medicação é mais elevado e assegurar que as medidas de segurança sejam seguidas (World Health Organization, 2023c).

A verificação dos “certos” na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro é uma estratégia que deve ser sempre realizada, pois permite minimizar consideravelmente o erro de medicação e contribui para a segurança do doente. Atualmente podemos ter em consideração **nove certos**: Medicamento certo (confirmação da prescrição médica e do medicamento a administrar); Hora certa (confirmação da hora de administração da medicação e administração no intervalo de tempo preconizado); Dose certa (confirmação da dose do medicamento a administrar); Via certa (confirmação da via de administração da medicação); Doente certo (verificação da identidade do doente através da pulseira e validação com o doente ou seu acompanhante); Registo certo (após administração da medicação, efetuar registo do doente certo, medicamento certo, hora certa e via certa); Preparação certa (ter em conta a forma de apresentação do medicamento, o solvente, a quantidade adequada e a

prevenção de infeção); Conhecimento certo (conhecer a ação do medicamento, os efeitos secundários, interações medicamentosas, incompatibilidades, margem terapêutica e farmacocinética); Educação certa (realizar ensinamentos ao doente sobre a medicação a administrar e esclarecer dúvidas sobre esta) (Giraldina et al., 2021).

**Comunicação de incidentes e aprendizagem:** comunicar todos os erros de medicação detetados e partilhar as lições aprendidas após qualquer erro com a equipa de cuidados de saúde e com os doentes, sempre que possível, para evitar tais erros (World Health Organization, 2023c).

O PNSD 2021-2026 define como objetivo estratégico o aumento da cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança no Notifica. Esse objetivo deve ser alcançado através de várias ações: incentivo à notificação de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores da notificação; integração da notificação de incidentes de segurança do Notifica nas metas contratualizadas pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde; e criação de um enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador (Direção-Geral da Saúde, 2022).

## **7. COMUNICAR INCIDENTES DE ERROS DE MEDICAÇÃO**

Devem ser comunicados os incidentes de erro de medicação e os quase-acidentes em unidades de cuidados de saúde numa cultura de "não culpabilização".

Assim, deve ser realizada uma análise da causa por uma equipa multidisciplinar para aprender com os erros e implementar ações coordenadas para prevenir erros comuns (World Health Organization, 2023b).

Sendo da competência do enfermeiro a monitorização da segurança do doente após a administração do medicamento é este que, maioritariamente, deteta mais reações adversas, devendo sempre notificá-las, participando na avaliação do benefício/risco dos medicamentos. A notificação de eventos adversos ao ser realizada num sistema eletrónico, permite rapidez e maior acessibilidade no processo de comunicação e na consulta de dados, favorecendo um controlo sobre a incidência de eventos adversos. Os programas de certificação também estimulam as instituições a trabalhar as notificações, analisar e estudar medidas de prevenção (Giraldina et al., 2021).

A subnotificação é uma realidade nas instituições hospitalares devido a vários motivos como

o envolver por vezes vários profissionais, o erro não ter provocado danos ao doente, sobrecarga de trabalho, conhecimento insuficiente do sistema de notificação, falta de cultura de notificação ou ainda devido à ideia punitiva, torna-se assim fundamental que a notificação possa ser realizada de forma anónima e servir de instrumento de aprendizagem. É essencial que exista uma política institucional de incentivo à notificação dos eventos e das reações adversas. Em Portugal podem ser reportados respetivamente no portal online Notific@ e no portal online Notificação de Reações Adversas (RAM) ou por escrito em formulário próprio, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados, na procura da aprendizagem com o erro, identificando áreas de melhoria, criando estratégias e metodologias que incentivem os profissionais a notificar, impulsionando uma cultura de segurança com ganhos em saúde (Direção Geral de Saúde, 2022; Direção-Geral da Saúde, 2022; Giralдина et al., 2021).

## **8. ESTRATÉGIAS A IMPLEMENTAR**

O aumento constante da complexidade dos doentes tem aumentado assim como a complexidade dos cuidados oferecidos, logo a implementação de tecnologias da informação em saúde é uma oportunidade de melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados e que pode reduzir o número de erros evitáveis. No entanto, as tecnologias que podem evitar erros de medicação enfrentam certas barreiras à sua implementação nas organizações de saúde, uma delas é o seu elevado custo. Porém, é necessário considerar os seus benefícios e os custos do erro de medicação em si (Giralдина et al., 2021).

As instituições prestadoras de cuidados de saúde e onde exista gestão da medicação, são responsáveis por promover a implementação do processo de reconciliação da medicação nos momentos de transição de cuidados, nomeadamente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, os cuidados continuados (inclui, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas), o domicílio, e outras consultas externas em diferentes prestadores de cuidados (Norma nº 18/2016, Atualizada a 01/03/2024).

Torna-se assim essencial implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde. Deve-se promover a utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica, através da implementação de práticas de verificação uniformizadas no âmbito das práticas seguras, por recurso a ferramentas digitais (Direção-Geral da Saúde, 2022).

A notificação de incidentes de segurança com a medicação é uma ferramenta que pode contribuir para a implementação de medidas de prevenção do erro de medicação (Direção Geral de Saúde, 2022).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*.
- Giraldina, J., Amarante, M. S., Cabrita, P., Ferreira, S., & Sales, L. (2021, July). Safety strategies in the prevention of medication error by nurses. *Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP*, 13, 34–44. [www.salutisscientia.esscvp.eu](http://www.salutisscientia.esscvp.eu)
- Muzio, M. Di, Dionisi, S., Simone, E., Cianfrocca, C., Muzio, F., & Fabbian, F. (2019). Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 4507–4519.
- Norma N° 008/2023 de 19 de dezembro. (2023). Medicamentos de Alta Vigilância. Em *Direção-Geral da Saúde*.
- Norma n°017/2022 de 19 de dezembro. (2022). Notificação de incidentes. Em *Direção-Geral da Saúde*.
- Norma N° 18/2016, Atualizada a 01 de março. (2024). Reconciliação da Medicação. Em *Direção-Geral da Saúde*.
- Soon, H. C., Geppetti, P., Lupi, C., & Kho, B. P. (2021). Medication Safety. In *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (pp. 435–453). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9\\_31](https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_31)
- World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*.
- World Health Organization. (2023a). *Global burden of preventable medication-related harm in health care: a systematic review*. <https://iris.who.int/>.
- World Health Organization. (2023b). *Medication safety for look-alike, sound-alike medicines*.
- World Health Organization. (2023c). *Medication without harm- Policy brief*. <http://apps.who.int/bookorders>.

APÊNDICE 7 - Formação TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Convalescência

**TRANSIÇÃO MAIS  
SEGURA:  
implementação da  
técnica Isbar na unidade  
de convalescência**

Ana Rosete de Oliveira  
I Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica- Área de  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica



**AGENDA**

**TRANSIÇÃO DOS  
CUIDADOS DE  
SAÚDE**

**TÉCNICA ISBAR  
NA TRANSIÇÃO  
DOS CUIDADOS  
DE SAÚDE**

**PROJETO DE  
IMPLEMENTAÇÃO**

## TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

- A transição de cuidados de saúde contempla qualquer momento em que ocorra a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores e que tenha como missão a continuidade e segurança dos mesmos (Direção Geral de Saúde, 2017).
- A comunicação é essencial para a Enfermagem, sendo imprescindível na transição de cuidados, de forma a evitar o erro e dar continuidade aos cuidados de saúde em segurança. A comunicação não eficaz contribui para eventos adversos hospitalares em mais de 60% (Schmidt et al., 2019).

## TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

 **Plano Nacional para a Segurança dos Doentes**  
2021 | 2026

**Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes**

2021 | 2026

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**

 **SNS**

 **DGS**



## TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

- A avaliação levada a cabo pela *Joint Commission* no período de 2010-2013, refere que as falhas de comunicação continuam a ser os eventos que mais potenciam a ocorrência de eventos adversos, pelo que é recomendação internacional, o recurso a uma ferramenta de comunicação

(Felipe et al., 2022; Figueiredo et al., 2020)

- O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, refere a comunicação como um pilar fundamental na segurança do doente, em especial em momentos de transição, devendo as instituições de saúde proceder à implementação de procedimentos normalizados para que a informação partilhada entre os profissionais seja a mais precisa de modo a evitar quebras na continuidade dos cuidados.

(DGS, 2021)

## TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE



**NORMA**

NUMERO: 06/0017  
DATA: 08/03/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

FILIALIAS CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz; ISBAR

PAIS: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (<http://dgs.dgs.gov.pt>)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

**NORMA**

1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.
2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sem prejuízo das situações referidas no n.º 1 do Despacho n.º 2764/2013 de 11 de fevereiro.
3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função).
5. A transmissão de informação nas transições deve ser escrita, nos termos do Despacho n.º 2764/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação:
  - a) Nas situações de transição não contempladas do Despacho n.º 2764/2013 de 11 de fevereiro, a informação a transmitir deverá corresponder aos conteúdos constantes do Anexo I.
  - b) No caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo contido no Anexo I.

### Técnica ISBAR:

- fácil memorização;
- aplicável a vários contextos;
- padronizada;
- simples e flexível;
- comunicação clara e concisa, sem repetições

## TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE



6. As instituições devem assegurar que:

- a) O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR;
- b) O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de auditorias internas, nos termos do Despacho nº 2784/2013.

Instrumento de auditoria organizacional:

• Técnica possibilita **memorizar construções complexas** que são utilizadas na transmissão verbal de informação sobre o estado de saúde dos doentes

• Permite a **tomada de decisões rápida**, promove o **pensamento crítico**, **diminui o tempo** na transferência de informação e promove a **rápida integração dos novos profissionais**

(DGS, 2017; Felipe et al., 2022; Figueiredo et al., 2020).

### TÉCNICA ISBAR

<p><b>I</b> <b>Identificação</b></p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;                      b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;                      c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;                      d) Serviço de origem/destinatário;                      e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
<p><b>S</b> <b>Situação Atual/Causa</b></p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão;                      b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;                      c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
<p><b>B</b> <b>Antecedentes/ Anamnese</b></p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos;                      b) Níveis de dependência;                      c) Diretivas antecipadas de vontade;                      d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;                      e) Hábitos relevantes;                      f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;                      g) Técnicas invasivas realizadas;                      h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;                      i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
<p><b>A</b> <b>Avaliação</b></p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos;                      b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;                      c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;                      d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p><b>R</b> <b>Recomendações</b></p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;                      b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;                      c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

## TÉCNICA ISBAR

### Adaptação da técnica Isbar para a unidade de convalescência

#### **I** Identificação

- Nome completo do utente, data nascimento;
- Identificação da pessoa significativa.

#### **S** Situação Atual/Causa

- Data de admissão;
- Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde.

#### **B** Antecedentes/ anamnese

- Antecedentes clínicos;
- Níveis de dependência;
- Alergias conhecidas ou da sua ausência;
- Hábitos relevantes;
- Presença ou risco de colonização/ infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;
- Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.

#### **A** Avaliação

- Problemas ativos;
- Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;
- Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;
- Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.

#### **R** Recomendações

- Informação sobre consultas e MCDT agendados;
- Identificação de necessidades do cuidador informal.

## TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: implementação da técnica Isbar na Unidade de Convalescência

Este projeto pretende servir como um guia inicial para implementar a técnica ISBAR na equipa de enfermagem na unidade de convalescência do Hospital Arcebispo João Crisóstomo.

Diminuir as perdas de informação

Diminuir os erros devido a comunicação ineficaz

Necessidade de padronizar e organizar a informação transmitida

Comunicação mais eficaz, eficiente e segura

## TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: implementação da técnica Isbar na Unidade de Convalescença

### FINALIDADE

- Promoção da segurança do doente e transição de cuidados de saúde segura, através de uma comunicação eficaz na transmissão de informação.

### OBJETIVO GERAL

- Capacitar os enfermeiros da unidade de convalescença para a implementação da técnica de comunicação ISBAR.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Padronizar padrões de comunicação, clarificando e otimizando a informação de saúde transmitida entre os profissionais de enfermagem;
- Produzir instrumentos de apoio ao desenvolvimento e implementação do projeto;
- Incentivar os enfermeiros para a utilização dos instrumentos de apoio elaborados;
- Realizar avaliação/auditoria periódica do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados.

### INSTRUMENTOS DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Documento de registo para a  
passagem de turno com a metodologia  
ISBAR- proposta sugerida

1	Nome _____ Idade _____		Familiar de referência _____	TA
	Processo _____ Origem _____			FC
5	Data de admissão ____/____/____		Motivo internamento _____	O2
	Antecedentes: _____		Alergias: _____	T
B A R	Notas (avaliação do doente, medicação, cateteres, etc...)			SBMT
	MCDT's/Consultas: _____			Peso
1	Nome _____ Idade _____		Familiar de referência _____	TA
	Processo _____ Origem _____			FC
5	Data de admissão ____/____/____		Motivo internamento _____	O2
	Antecedentes: _____		Alergias: _____	T
B A R	Notas _____			SBMT
	MCDT's/Consultas: _____			Peso
1	Nome _____ Idade _____		Familiar de referência _____	TA
	Processo _____ Origem _____			FC
5	Data de admissão ____/____/____		Motivo internamento _____	O2
	Antecedentes: _____		Alergias: _____	T
B A R	Notas _____			SBMT
	MCDT's/Consultas: _____			Peso
1	Nome _____ Idade _____		Familiar de referência _____	TA
	Processo _____ Origem _____			FC
5	Data de admissão ____/____/____		Motivo internamento _____	O2
	Antecedentes: _____		Alergias: _____	T
B A R	Notas _____			SBMT
	MCDT's/Consultas: _____			Peso
1	Nome _____ Idade _____		Familiar de referência _____	TA
	Processo _____ Origem _____			FC
5	Data de admissão ____/____/____		Motivo internamento _____	O2
	Antecedentes: _____		Alergias: _____	T
B A R	Notas _____			SBMT
	MCDT's/Consultas: _____			Peso

A = Alimentação; H = Higiene; M = Mobilidade; E = Eliminação  
E = Elevado; M = Moderado; R = Reduzido; I = Independente

**INSTRUMENTOS DE APOIO AO  
DESENVOLVIMENTO E  
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO**

Póster ilustrativo da técnica  
ISBAR

**Projeto "TRANSIÇÃO MAIS SEGURA: Implementação da Técnica  
ISBAR na Unidade de Convalescência"**

<b>I</b> Identificação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nome completo do utente, data nascimento;</li> <li>Identificação da pessoa significativa.</li> </ul>
<b>S</b> Situação Atual/Causa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data de admissão;</li> <li>Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde.</li> </ul>
<b>B</b> Antecedentes/ anamnese	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antecedentes clínicos;</li> <li>Níveis de dependência;</li> <li>Alergias conhecidas ou da sua ausência;</li> <li>Hábitos relevantes;</li> <li>Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</li> <li>Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</li> </ul>
<b>A</b> Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas ativos;</li> <li>Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;</li> <li>Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</li> <li>Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</li> </ul>
<b>R</b> Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informação sobre consultas e MCDT agendados;</li> <li>Identificação de necessidades do cuidador informal.</li> </ul>

Autoria: Ana Oliveira  
Baseado na Norma M01/0817 da DGS - Comunicação eficaz na  
transição de cuidados de saúde

**INSTRUMENTOS DE APOIO AO  
DESENVOLVIMENTO E  
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO**

Incentivar os enfermeiros para a utilização dos instrumentos de apoio elaborados.

Facilitar o acesso ao documento de registo para a passagem de turno, em todos os computadores de serviço, gravando-o numa pasta com ligação em rede

Exemplificar o uso do registo para a passagem de turno com a metodologia ISBAR durante o período de implementação para discussão e reflexão, de forma a encorajar a troca de experiências e sugestões de melhoria.

## APÊNDICE 8- Apresentação “Estratégias de enfermagem para prevenir o erro de medicação”



# Estratégias de Enfermagem para prevenir o erro de medicação

Ana Rosete de Oliveira  
I Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica- Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica



## Segurança do doente

- › O desafio para todos os sistemas de saúde e organizações que prestam cuidados de saúde é **manter uma sensibilização para detetar riscos de segurança**, bem como para **atuar sobre todas as fontes de potenciais danos**
- › O **Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (PAMSD 2021-2030)**, adotado pela OMS, tem como **visão um mundo no qual não existam danos relacionados com os cuidados de saúde** preconizando a prestação de cuidados seguros personalizados a todos os doentes, ao longo do ciclo de vida

› (World Health Organization, 2021)



# Segurança do doente



- › Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 teve em consideração as recomendações dos objetivos de desenvolvimento sustentável, das Nações Unidas, e do PAMSD 2021-2030 da OMS
- › Reforçam a necessidade de se destacar, na agenda das políticas de saúde, a **importância da segurança do doente**, pretendendo assumir o **princípio orientador de todos os planos nacionais**, desenvolvidos e a desenvolver neste âmbito

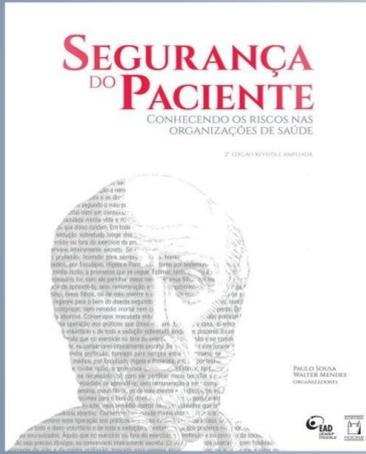
(Direção-Geral da Saúde, 2022; World Health Organization, 2021)



## SEGURANÇA DO DOENTE

- › Os danos causados aos doentes devido a cuidados de saúde inseguros são uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo e, na maioria das vezes esses danos são evitáveis

(World Health Organization, 2023)



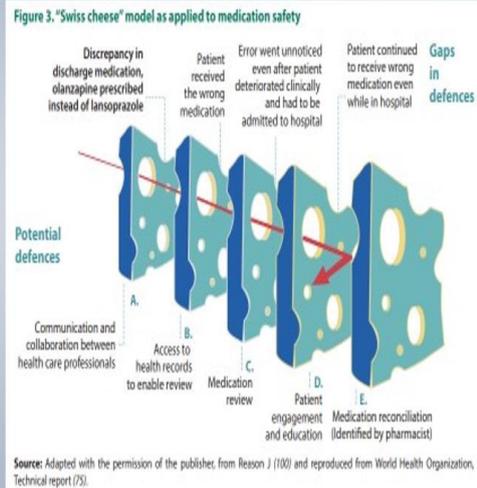
- › A OMS define **dano ao doente** como **um incidente do qual resultam danos** para o doente como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde. Esse dano pode ser físico, social ou psicológico (por exemplo, doença, lesão, sofrimento, incapacidade e morte)

(World Health Organization, 2023a)



## Cultura de segurança e gestão da mudança

- › É necessária uma **cultura de segurança** no local de trabalho ou no sistema de cuidados de saúde para garantir a segurança da medicação. Na segurança dos doentes, é adotada uma **abordagem sistémica**, uma vez que muitos fatores têm de ser abordados para reduzir os danos



## Cultura de segurança e gestão da mudança

- › As organizações com uma cultura de segurança efetiva empenham-se para que a segurança seja uma prioridade elevada em toda a organização. A não consideração da cultura de segurança organizacional é uma das principais razões pelas quais as iniciativas de mudança planeadas não conseguem ultrapassar barreiras

(World Health Organization, 2023c)





## Cultura de segurança dos medicamentos

- Os erros de medicação são dos incidentes de segurança do doente mais frequentes, ocorrendo em todos os contextos de cuidados e sendo causadores de eventos adversos

(Giraldina et al., 2021; Soon et al., 2021; World Health Organization, 2023a).

- A administração de medicamentos representa 40% da atividade clínica de enfermagem nos hospitais e os enfermeiros desempenham um papel essencial na garantia da segurança dos doentes, uma vez que são diretamente responsáveis pelos cuidados prestados aos mesmos.

(Muzio et al., 2019).



## Cultura de segurança dos medicamentos

- Os danos causados por medicamentos e opções terapêuticas representaram quase 50% dos danos evitáveis globais nos cuidados médicos.
- O relatório da Organização para a Coração e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2022 refere que 1 em cada 10 hospitalizações nos países da OCDE ocorre devido a danos relacionados com medicamentos e 1 em cada 5 doentes hospitalizados sofrem danos relacionados com medicamentos

(World Health Organization 2023).





## Cultura de segurança dos medicamentos

- › Em Portugal, apesar dos poucos estudos sobre esta temática, existem autores que calculam que o número anual de mortes por erro de medicação seria entre 1300 a 2900, ultrapassando as mortes anuais em acidentes rodoviários desde 2005 até setembro de 2011 (Giraldina et al., 2021).
- › Segundo os dados do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, 13% do total de incidentes notificados correspondem a incidentes de medicação (Giraldina et al., 2021)

**Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - Segurança do Doente**

O NOTIFICA - Segurança do Doente é um sistema destinado à notificação e gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, no qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar incidentes relacionados com a segurança do doente na prestação de cuidados de saúde.

Notifique aqui Acompanhe o seu incidente



## Cultura de segurança dos medicamentos

- › Os erros de medicação podem ocorrer durante a utilização de medicamentos, o que inclui as fases de:
  - › Prescrição;
  - › Dispensa;
  - › Administração;
  - › Monitorização.
- › A gravidade dos danos relacionados com a medicação em qualquer fase pode variar entre danos ligeiros, graves e morte, com custos associados de cuidados de saúde e outros custos

(Soon et al., 2021; World Health Organization, 2023a)



© World Health Organization 2016. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO license.



## Cultura de segurança dos medicamentos

- › Garantir uma cultura de segurança e gerir mudanças na cultura no local de trabalho e no sistema de saúde são cruciais para melhorar a segurança dos medicamentos;
- › Os **sistemas de notificação** e aprendizagem de erros de medicação têm sido utilizados para **identificar erros** e **criar oportunidades de aprendizagem** para a prevenção de erros

(World Health Organization, 2023)



## Cultura de segurança dos medicamentos

### › Acontecimentos adversos a medicamentos :

- lesão resultante de intervenções médicas relacionadas com um medicamento;
- incluem reações adversas a medicamentos em que não houve erro e as complicações resultantes de erros de medicação

(World Health Organization, 2023c).

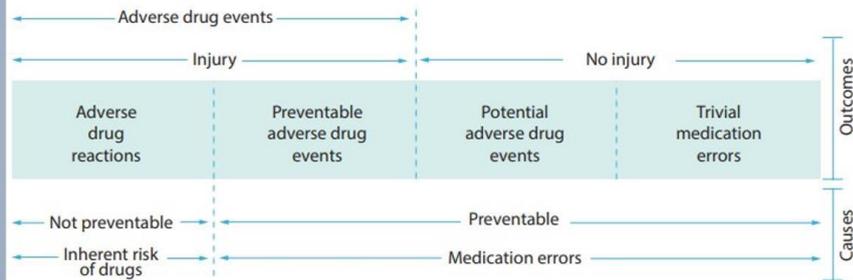
### › Os erros de medicação são evitáveis:

- um evento evitável que pode causar ou levar ao uso inapropriado de medicamentos ou a danos ao doente;
- estão relacionados com a prática profissional, produtos de saúde, procedimentos e sistemas de cuidados de saúde
- incluem a prescrição, a comunicação de pedidos, a rotulagem, embalagem e nomenclatura do produto, composição, dispensa, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização

• (World Health Organization, 2023c).

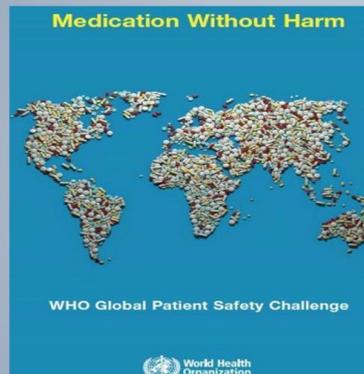
## Cultura de segurança dos medicamentos

Figure 1. Relations between medication errors and adverse drug events



Source: Reproduced, with the permission of the publisher, from Otero and Schmitt (16).

## Erros durante o processo de utilização de medicamentos



- › A medicação é um processo complexo sendo o enfermeiro um elemento imprescindível, uma vez que desempenha múltiplas funções neste processo;
- › É de salientar que o enfermeiro é o último profissional de saúde que pode detetar o erro de medicação antes do medicamento ser administrado ao doente;

(Giraldina et al., 2021).



## Etapas do processo de utilização de medicamentos

### › Erros de prescrição:

- › erro cometido pelo prescritor durante a prescrição de um medicamento, redação de uma receita de medicamentos ou tomada de uma decisão terapêutica;

### › Erros de transcrição:

- › ocorrem durante a comunicação de pedidos devido ao registo incorreto de dados pelos profissionais de saúde;
- › qualquer discrepância entre a prescrição de medicação do médico e a ordem de medicação escrita em qualquer documento relacionado com o doente em causa



## Etapas do processo de utilização de medicamentos

### › Erros de dispensa:

- › são desvios à ordem do prescritor, efetuada pelo serviço farmacêutico aquando da distribuição de medicamentos aos serviços ou aos doentes em ambulatório

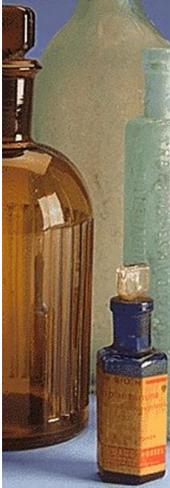
### › Erro de monitorização

- › A não revisão de um regime prescrito para verificar a sua adequação e detetar problemas ou a não utilização de dados clínicos ou laboratoriais apropriados para avaliar a resposta do doente é designada por erro de monitorização.

### › Erros de administração:

- › Qualquer discrepância entre a forma como um medicamento é administrado a um doente e as instruções de administração do médico ou das diretrizes do hospital é considerada um erro de administração.

## Dimensão dos erros e alguns fatores contributivos



### > Medicamentos de Alerta Máximo (MAM)

- > Medicamentos que apresentam um maior risco de danos quando utilizados de forma incorreta ou inadequada. A utilização destes medicamentos por grupos vulneráveis, como crianças e idosos pode aumentar o risco de danos;

(World Health Organization, 2023)

**REPÚBLICA PORTUGUESA** **SNS** **DGS**  
Sistema Nacional de Saúde Direção-Geral de Saúde

**NORMA**

NÚMERO: 088/2023  
DATA: 19/12/2023

**ASSUNTO:** Medicamentos de Alta Vigilância  
**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do doente; Segurança na medicação; Medicamentos de alta vigilância; Medicamentos de Alerta Máximo; Medicamentos LASA  
**PARA:** Instituições Prestadoras de Cuidados de Saúde e Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde  
**CONTACTOS:** Departamento da Qualidade na Saúde (dqd@dggs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, a Direção-Geral de Saúde emite, na área de qualidade organizacional, a seguinte:

**NORMA**

- As instituições prestadoras de cuidados de saúde, adiante designadas por "instituições", são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos de alta vigilância (MAM).
- As instituições do nível do ambiente socio organizacional devem:
  - Elaborar e divulgar, internamente, as listas de medicamentos com nome genérico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA (Anexo 0)

Os medicamentos com nome genérico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, são conhecidos na literatura internacional por medicamentos Look-Alike, Sound-Alike (LASA).

Número de Registo de 167/2023

Reserva de Direitos Reservados. Este documento contém informação confidencial e não pode ser divulgado sem a autorização da Direção-Geral de Saúde.

## Medicamentos de Alerta Máximo (MAM)

### Práticas seguras recomendadas:

- > elaboração e divulgação da lista interna de medicamentos de alerta máximo a todos os profissionais de saúde, com revisão anual;
- > criação de parametrização de alertas para estes medicamentos nas aplicações informáticas;
- > elaboração de procedimentos específicos sempre que adequado;
- > existência limitada do número de apresentações e de concentrações destes medicamentos;
- > desenvolvimento de estratégias e implementação de medidas através da elaboração de procedimentos quanto ao armazenamento, prescrição, dispensa, preparação e administração.
- > A **formação dos profissionais de saúde** também é uma medida a ser promovida de modo a melhorar o conhecimento sobre estes medicamentos

(Giraldina et al., 2021; Soon et al., 2021)



# Dimensão dos erros e alguns fatores contributivos

- > Medicamentos "look-alike e sound-alike"
- > Os nomes, rótulos e embalagens confusos, do tipo "look-alike and sound-alike" (LASA), são fontes frequentes de erros e de danos relacionados com a medicação, sendo que 6-14% de todos os erros se devem a produtos LASA.

(World Health Organization, 2023)



**NORMA I**  
 da Direção Central da Saúde

N.º: 020/2014  
 DATA: 30/12/2014  
 ATUALIZAÇÃO: 14/12/2023

**ASSUNTO:** Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes  
**PROVÉM DE:** Segurança do doente, segurança na medicação, medicamentos LASA  
**TIPO:** Instruções prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde  
**CONTACTO:** Departamento da Qualidade na Saúde ([ds@dggs.gov.pt](mailto:ds@dggs.gov.pt))

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área de qualidade organizacional, a seguinte norma:

- As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das direções clínicas, das comissões de qualidade e inspeção, dos médicos, dos enfermeiros, dos farmacêuticos, dos técnicos de farmácia e dos assistentes operacionais, são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA, nomeadamente:
  - Elaborar e divulgar, esporadicamente, a lista de medicamentos LASA, ajustada aos que são utilizados na instituição (anexo);
  - Rever a lista interna de medicamentos LASA pelo menos anualmente;
  - Garantir que os profissionais contactem a lista de medicamentos LASA da instituição, o seu propósito e a importância para a redução de incidentes relacionados com a medicação;
  - Considerar alternativas na aquisição de medicamentos que evitem, sempre que possível, adicionar medicamentos LASA à lista interna da instituição;
  - Quando não for possível, após a sua introdução, proceder à revisão da lista.
    - Proceder à paratranscrição de alertas, para os medicamentos LASA, nas aplicações informáticas;
    - Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos medicamentos LASA, na farmácia e nos locais de administração da medicação, incluindo nos recipientes semi-automatizados, que garantam a sua separação física e a sua correta identificação, designadamente através de:
      - Ampulhamento separado;
      - Sinalização com utilização de cores, negro ou grafismo diferente;
    - Desenvolver estratégias e implementar medidas de diferenciação dos medicamentos LASA na sua identificação escrita, incluindo a rotulação, através de:
      - Alteração do grafismo na denominação aplicando o método de inserção de letras maiúsculas (anexo 2);
      - Utilização de cores, negro ou outros.

Os medicamentos com nome semelhante entre fonético e/ou aspeto semelhantes, são colocados na lista interna mencionada por medicamentos com alto risco de erro.

Norma nº 020/2014 atualizada a 14/12/2023

Anexo 1: Lista de Medicamentos LASA | Anexo 2: Método de inserção de letras maiúsculas

# Medicamentos "look-alike e sound-alike" (LASA)

- > Os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes (LASA) também são uma fonte conhecida de erro de medicação evitável que pode levar a danos graves ao doente e consequentemente a cuidados de saúde e custos elevados

(Giralдина et al., 2021).

- > Podem ocorrer nas fases de **prescrição**, **transcrição** ou **documentação**, **dispensa**, **administração** e **monitorização**. Estima-se que os erros de LASA sejam responsáveis por 6,2-14,7% de todos os erros de medicação
- > Conduzem frequentemente à administração de medicamento errado, na dose errada ou incorreto medicamento, conduzindo a efeitos tóxicos ou outros efeitos adversos

(World Health Organization, 2023b).



## Ações para evitar erros devidos a medicamentos LASA

- Evitar interrupções, distrações e ordens verbais:
  - > -Se as **ordens verbais** não puderem ser evitadas, **repetir o nome em voz alta** para confirmar a ordem verbal exata e clarificar o nome.
  - > -Utilizar sinais que indiquem "**não incomodar**" ou "**sem interrupções**" durante a distribuição e administração de medicamentos
  - > -Utilizar **lembretes** e **alertas** para os medicamentos LASA.



## Ações para evitar erros devidos a medicamentos LASA

- Dar preferência a prescrição eletrônica ou, na sua falta, redigir receitas legíveis e evitar a utilização de abreviaturas suscetíveis de induzir em erro;
- Identificar a embalagem e a rotulagem dos medicamentos LASA e fornecer material de informação, educação e material de comunicação :
  - > -Usar intervenções tipográficas, como letras maiúsculas
  - > -Utilizar autocolantes com símbolos ou pictogramas nas embalagens ou na sinalética das prateleiras
  - > -Revestir os medicamentos de forma a incluí-los nomes de marca e genéricos e utilizar sinalética clara nas prateleiras

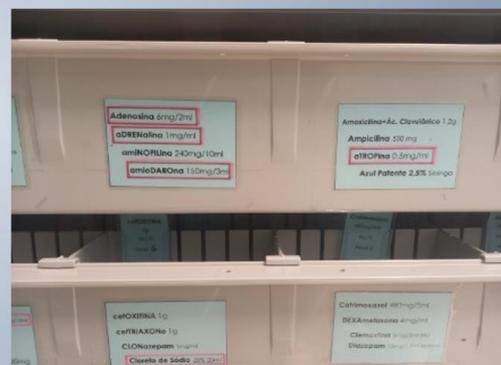


## Ações para evitar erros devidos a medicamentos LASA

- Alterar o armazenamento dos medicamentos:
  - > -Alterar a sequência de armazenamento de medicamentos com nomes sonoros semelhantes, especialmente aqueles com um comum rácio terapêutico estreito
  - > -Separar os pares de medicamentos LASA ou grupos de medicamentos como as cefalosporinas
  - > -Utilizar autocolantes com técnicas como TML, negrito e diferenças de cor para reduzir a confusão associada aos medicamentos LASA em rótulos, caixas de armazenamento, prateleira e ecrãs de computador e dispositivos de distribuição automática de registos
  - > -Utilizar o código de cores para diferenciar os medicamentos, embora seja aconselhável uma combinação de técnicas, especialmente para as pessoas daltónicas
- Utilizar soluções de base tecnológica para medicamentos LASA
  - > Utilizar um sistema de identificação de produtos farmacêuticos quando disponível para reduzir os erros

(World Health Organization, 2023b)

## Ações para evitar erros devidos a medicamentos LASA



## Dimensão dos erros e alguns fatores contributivos

- › **Fatores físicos:**
  - › Fadiga;
  - › Cansaço;
  - › Distração;
  - › Interrupção;
  - › Deficiente transferência de informação
- › **Fatores psicológicos:**
  - › Inexperiência;
  - › Carga de trabalho;
  - › Apoio insuficiente à decisão

**Fadiga do profissional de saúde:** o trabalho por turnos pode influenciar e favorecer a ocorrência de erros, existindo uma maior percentagem de erros no turno da noite.

**Falta de pessoal:** é o fator que mais contribui para a ocorrência de erros, pois conduz inevitavelmente à fadiga e sobrecarga de trabalho.

Assim, a dotação segura de enfermeiros está diretamente ligada à segurança do doente e dos profissionais de saúde

(Giraldina et al., 2021; Muzio et al., 2019)

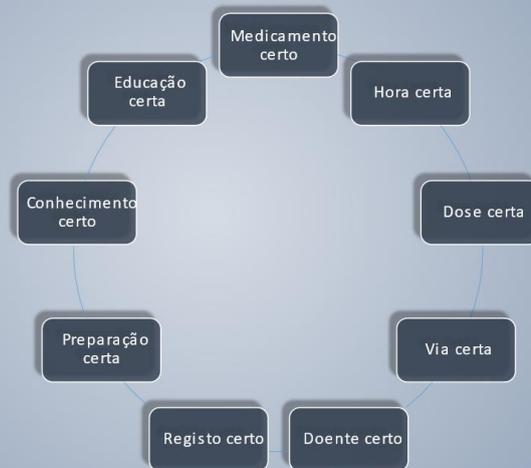


## Garantia da segurança da medicação

- › **Educação e formação** sobre segurança dos medicamentos, para desenvolver e atualizar as competências de todas as categorias de profissionais de saúde;
- › **Comunicação e trabalho em equipa**, fornecer informações claras e completas sobre os medicamentos a todos os membros da equipa clínica para evitar erros de medicação;
- › **Capacidade nos locais de prestação de cuidados** para prescrever racionalmente e transcrever, dispensar, administrar e monitorizar medicamentos cuidadosamente, utilizando métodos como a tecnologia, a escrita legível, evitando abreviaturas propensas a erros e verificação dos **5 corretos** (doente, medicamento, dose, via e hora corretos).



## 9 certos da medicação



## Comunicação de incidentes e aprendizagem

O PNSD 2021-2026 define como objetivo estratégico o aumento da cultura e transparência da **notificação de incidentes de segurança no Notifica**.

(Direção-Geral da Saúde, 2022).

**Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - Segurança do Doente**

O NOTIFICA - Segurança do Doente é um sistema destinado à notificação e gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, no qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar incidentes relacionados com a segurança do doente na prestação de cuidados de saúde.

Notifique aqui

Acompanhe o seu incidente

## Estratégias a implementar

> A implementação de **tecnologias da informação em saúde** é uma **oportunidade de melhoria contínua dos cuidados** de saúde prestados e que pode reduzir o número de erros evitáveis

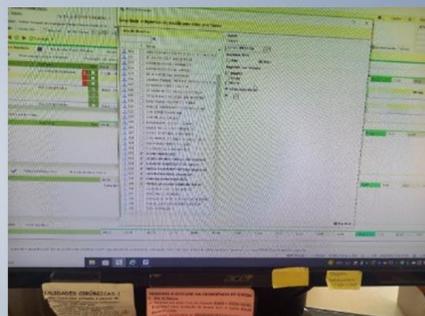
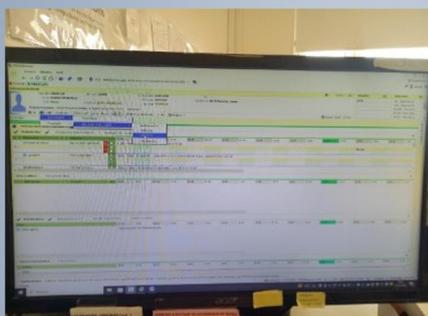
(Giraldina et al., 2021).

> Promover a **utilização de ferramentas digitais** para práticas seguras relativas à **identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica**, através da implementação de **práticas de verificação uniformizadas**

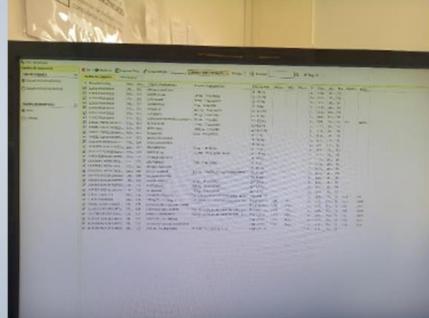
(Direção-Geral da Saúde, 2022).



## Sugestão de estratégias a implementar na unidade



Sugestão de estratégias a implementar na unidade



Sugestão de estratégias a implementar na unidade



## Sugestão de estratégias a implementar na unidade



APÊNDICE 9 - Estudo de Caso: Cuidados especializados de enfermagem ao doente em unidade de convalescença



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**Estudo de Caso: Cuidados especializados de enfermagem ao  
doente em unidade de convalescença**

Ana Rosete de Oliveira

Professora Orientadora: Sra. Professora Doutora Amelia Filomena Castilho

**Coimbra, maio de 2024**

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

UC - Unidades de Convalescença

ULDm - Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidades de Média Duração e Reabilitação

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1-** *Medicação do domicílio*

**Tabela 2-** *Medicação prescrita*

**Tabela 3-** *Avaliação Inicial*

**Tabela 4-** *Plano de cuidados de enfermagem*

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>1. ESTADO DE ARTE.....</b>	<b>7</b>
<b>2. CASO CLÍNICO.....</b>	<b>16</b>
2.1. HISTÓRIA CLÍNICA.....	16
2.2. HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL.....	16
2.3. REVISÃO DE SINTOMAS.....	17
2.4 MEDICAÇÃO HABITUAL.....	17
2.5. EXAME FÍSICO.....	18
2.6. AVALIAÇÃO COGNITIVA.....	19
<b>3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>19</b>
3.1. AVALIAÇÃO INICIAL.....	20
3.2. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	21
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>30</b>

## ANEXOS

ANEXO 1- *Self-care of chronic illness inventory* – versão portuguesa.

ANEXO 2- *World Health Organization Quality of Life - Bref* - versão portuguesa.

ANEXO 3- Escala visual analógica da Dor

ANEXO 4- Escala de risco de queda de Morse

## APÊNDICES

APÊNDICE 1- Indicador de avaliação da aceitação do estado de saúde

APÊNDICE 2- Indicador de avaliação do conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Componente clínica em pessoa em situação crónica, existiu a oportunidade de desenvolver um estudo de caso.

O hospital onde foi desenvolvido o ensino clínico tem um projeto institucional designado “Hospital Amigo dos + Velhos”. Com este projeto esta unidade hospitalar conquistou o segundo prémio do Integrated Care Award (ICA) 2023. A decorrer desde 2021, este projeto de co-construção do Hospital de Cantanhede aplica o método dos “4Ms” do Institute for Healthcare Improvement que incluiu, no início deste ano, o HAJC na exclusiva lista de “Sistemas de Saúde Amigos do Mais Velhos”. Este projeto recorre à metodologia de qualidade americana 4Ms (baseada em quatro elementos base – Motivação, Medicação, Estado Mental e Mobilidade) e parte da identificação das necessidades dos utentes, avaliadas através de escalas, escuta ativa do doente e rede social de apoio e seu retorno à equipa do hospital.

O projeto passa por atividades como intervenções de equipas multidisciplinares para melhorar a interação social dos idosos internados, promoção de visitas, promoção da adesão às atividades terapêuticas, inovando na resposta, criação de programas de reabilitação através do exercício e de reconciliação terapêutica em todos os doentes internados, capacitação dos cuidadores informais através de cursos gratuitos, identificação e tratamento precoce das alterações do estado mental, alargamento da realização de exames de diagnóstico em proximidade, entre outros.

Assim, e tendo em conta o desenvolvimento do ensino clínico, que decorreu na unidade de convalescença e maioritariamente no serviço de medicina interna desta unidade hospitalar, o estudo de caso teve por alvo uma pessoa idosa com múltiplas doenças crónicas.

Nas sociedades envelhecidas, o número de idosos com condições crónicas complexas está a aumentar rapidamente. O cuidado ao idoso com doença(s) crónica(s) complexas é desafiante, devido às interações entre múltiplas condições e seus tratamentos. Muitas vezes os idosos sofrem de múltiplas doenças e estas doenças interagem entre si, bem como com tratamento das mesmas. Além disso, a população idosa apresenta regularmente limitações funcionais e síndromes geriátricas, como fragilidade. Essas condições podem resultar em resultados negativos como comprometimento da qualidade de vida e mortalidade prematura (Hoogendijk et al., 2023).

O envelhecimento exige um outro olhar quanto aos cuidados de saúde, seja em termos de cuidados preventivos de situações de acidente e/ou doença, promotores de um

envelhecimento ativo, seja em situações de maior complexidade, como as de dependência e internamento devido a situações de doença crónica ou crónica agudizada. As perdas físicas, sociais, familiares e económicas que podem acompanhar a velhice podem provocar sentimentos de impotência e dependência, interferir na autoestima e influenciar a capacidade funcional, cognitiva e relacional (José & Gomes, 2021).

Este trabalho tem como objetivo desenvolver conhecimentos para uma melhor atuação na área de enfermagem, nomeadamente identificar áreas de atenção relevantes para a pessoa (focos), como os avaliar, desenvolver diagnósticos e aplicar intervenções de modo a facilitar a transição saúde-doença. Pretende-se ainda elaborar um plano individual de cuidados onde se aplicam ferramentas e tecnologias de informação e comunicação, para uma conceção de cuidados e implementação de intervenções de enfermagem orientadas para ganhos em saúde.

Utilizar-se-ão metodologias que conduzam à análise e reflexão, através da leitura de artigos científicos recorrendo às bases de dados PubMed e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), ao repositório científico, à análise das práticas de cuidados e de situações problema.

A concretização do trabalho segue as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024).

Neste sentido o presente documento encontra-se estruturado por uma introdução, o estado da arte, seguindo-se uma análise do caso clínico à luz dos modelos teóricos escolhidos com referência aos diagnósticos e intervenções formulados assim como possíveis indicadores de avaliação, e por fim uma conclusão.

## 1. ESTADO DE ARTE

Viver com doença(s) crónica(s) e com a sua imprevisibilidade é complexo, uma vez que impacta significativamente não apenas no domínio individual (físico, emocional e psicológico), mas também nos domínios familiar e social (M. R. Sousa et al., 2021).

Em Portugal estima-se que 38,3% da população (entre os 15 e 75 anos) apresente morbilidade múltipla, com maior prevalência nas mulheres e nos níveis socioeconómicos mais baixos, aumentando com a idade. A multimorbilidade acrescenta complexidade aos regimes terapêuticos, mais riscos para a segurança do cliente e vulnerabilidade acrescida (pela perda de saúde e gravidade da condição) (Araújo, Bastos, et al., 2021).

As doenças crónicas, com as suas especificidades e necessidade de autogestão no dia a dia, transferem uma grande parte da responsabilidade do profissional para a pessoa e sua família, o que implica o desenvolvimento de autonomia para a autogestão e o autocuidado. A pessoa com doença crónica assume um papel central neste processo de adaptação, que passa por assumir a responsabilidade de manter o seu mais alto nível de saúde e de funcionalidade, o que implica uma profunda mudança de paradigma e a alteração dos referenciais teóricos e da praxis dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Assim, estes devem proporcionar apoio e suporte à decisão e mudança comportamental, nos processos adaptativos de viver a vida com a(s) doença(s), disponibilizando a informação necessária e utilizando estratégias ajustadas às realidades, individuais e de contexto, que permitam capacitar a pessoa e a sua família, neste processo de enfrentar a vida com a doença (M. R. Sousa et al., 2021).

Além disso, as transformações demográficas que foram ocorrendo e o perfil epidemiológico que se foi instalando, principalmente em países desenvolvidos, fizeram surgir novas necessidades em cuidados de saúde. Deste modo, tem-se observado um aumento na longevidade e a prevalência de comorbilidades crónicas com sucessivos processos de agudização, que conduzem frequentemente à perda progressiva de funcionalidade e da qualidade de vida, levando à transformação dos serviços assistenciais (Araújo, Bastos, et al., 2021).

Em Portugal, tal como um pouco por todo o mundo, verifica-se o que se designa por duplo envelhecimento, um aumento da população idosa e a diminuição do número de jovens. Associado ao envelhecimento da população existe uma crescente prevalência de doenças crónicas e síndromes geriátricas, o que conduz a um aumento da dependência física, psíquica e social, diminuição da funcionalidade e um aumento da necessidade de cuidados de saúde

segundo dados da Fundação Francisco Manuel dos Santos (José & Gomes, 2021).

Para fazer face às implicações do envelhecimento populacional, quer ao nível social quer ao nível da saúde, vários países têm promovido o envelhecimento saudável e ativo, com desenvolvimento de projetos em recursos sociais, económicos e da saúde e em fevereiro de 2020, durante a 73ª Assembleia Mundial da Saúde foi apresentada a proposta “Decade of Healthy Ageing (2020-2030)”. O objetivo deste projeto é melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e da comunidade onde vivem, garantindo que ninguém seja deixado para trás e que cada pessoa possa cumprir o seu potencial com dignidade e igualdade num ambiente saudável (José & Gomes, 2021; United Nations, 2020).

Portugal, relativamente ao envelhecimento ativo e saudável, está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), que promovem o envelhecimento ativo, o que se verifica em iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Desta forma, compete aos enfermeiros compreender o envelhecimento como algo natural, mas que envolve perdas, perdas essas que vão ocorrendo ao longo da vida e de forma mais acentuadas nesta etapa, aumentando a vulnerabilidade e fragilidade, sendo importante que haja uma compensação para uma adaptação bem-sucedida. É uma fase de transição, que acarreta aprendizagens, adaptações e ajudas, mas que também pode ser uma ocasião para aproveitar os recursos e estratégias adquiridos ao longo da vida (José & Gomes, 2021).

Face à importância dos enfermeiros nos cuidados às pessoas idosas e na promoção da máxima funcionalidade e saúde, torna-se fundamental a utilização de teorias e/ou modelos de enfermagem como suporte do seu agir nos cuidados, que promovam a saúde, dignidade e qualidade de vida, preferencialmente em cuidados de proximidade (José & Gomes, 2021).

A deontologia profissional, descrita no capítulo VI do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República, 2015), enuncia os deveres do enfermeiro na sua correlação com o direito da Pessoa cuidada. Assim, a deontologia profissional dos enfermeiros assenta na liberdade e dignidade da pessoa humana, em valores universais e princípios orientadores, que são a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício. Deste modo, o artigo 99.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pode ser assumido como quadro ético de fundamento dos deveres pois não enuncia deveres, mas sim princípios e valores (Nunes et al., 2021).

Ser competente no cuidado à Pessoa idosa exige assim saberes múltiplos e específicos desta etapa do ciclo de vida (saberes integrativos das competências) que apurem a sensibilidade

diagnóstica do enfermeiro e possam ser mobilizados em propostas de cuidados/respostas efetivas, em ordem aos resultados esperados/acordados com a pessoa. Ser competente no cuidado à pessoa idosa é também mobilizar saberes e competências do domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal, seja no âmbito dos Cuidados Gerais (Regulamento nº 190/2015 da OE, 2015), seja no das intervenções especializadas (Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019) (Nunes et al., 2021).

Além disso, é competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, atendendo às limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta. O enfermeiro especialista responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Um percurso de vida livre de doenças, permitindo à pessoa idosa participar ativamente na sociedade, com independência funcional e qualidade de vida caracteriza um envelhecimento saudável. A interação de fatores como a saúde física e mental, a capacidade funcional, a integração social, a capacidade económica e o suporte familiar determinam um envelhecimento saudável (Ferreira et al., 2021).

A abordagem às questões da promoção de saúde e prevenção de doenças na pessoa idosa deve ter em conta que envelhecer de forma saudável, ativa e bem-sucedida implica um processo de transição e adaptação às alterações que ocorrem associadas à idade, ao aparecimento de doenças crónicas e ao declínio funcional. Assim, a adoção de estilos de vida saudáveis, a educação como processo de moderação do envelhecimento e a manutenção da pessoa idosa no seu contexto social são eixos estruturantes e intimamente interligados neste processo (Ferreira et al., 2021).

No que diz respeito às pessoas idosas com doença crónica, os enfermeiros precisam de desenvolver intervenções que lhes permitam adaptar-se às mudanças e continuar a desenvolver-se dentro das suas capacidades, possibilitando um envelhecimento bem-sucedido que mantenha a sua autonomia (José & Gomes, 2021).

Num processo de doença crónica, no qual se verifica uma transição na condição de saúde / doença, surge por vezes com a necessidade de um Prestador de Cuidados, o que tornam imprescindível a ação dos enfermeiros. Neste contexto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis oferece uma estrutura que ajuda os enfermeiros, provendo recursos para maior competência na sua ação profissional, no sentido de ajudarem as pessoas a fazer uma

transição saúde / doença da forma mais saudável possível (CHUC - SIDE, 2017).

Meleis (2010), a este propósito diz que o enfermeiro interage com um ser humano (cliente de enfermagem) numa situação de saúde/doença, que por sua vez é parte integrante do contexto sociocultural (ambiente) e está em transição, ou antecipando essa mesma transição. Neste processo de transição podem existir fatores dificultadores, que o enfermeiro tem que ajudar a gerir (José & Gomes, 2021).

Para que a pessoa idosa viva de forma satisfatória, os processos de adaptação às alterações físicas e psicológicas são determinantes, mesmo na presença de comorbidades e alterações da sua funcionalidade (Ferreira et al., 2021).

Um dos objetivos da intervenção dos profissionais de saúde e muito em particular dos enfermeiros é promover um envelhecimento ativo, preservando as capacidades da pessoa idosa. Porém, deverá ter em conta que a diminuição da interação social durante a velhice pode levar à ansiedade e depressão na pessoa (Ferreira et al., 2021)

Relativamente à prevenção e autovigilância de doenças crónicas, o número de doenças crónicas é considerado um fator que está associado à incapacidade funcional. No estudo de Brito et al. (2016), conforme citado por Ferreira et al., 2021, as pessoas idosas que afirmavam ter quatro ou mais doenças crónicas não transmissíveis apresentavam maior prevalência de incapacidade funcional, quando comparados com os que manifestaram uma só doença.

A dependência da pessoa idosa, associada frequentemente a doenças crónicas incapacitantes, implica a necessidade de apoio alargado e externo ao âmbito hospitalar (L. Sousa et al., 2021).

Assim, demonstra-se a necessidade da adoção de medidas de prevenção de complicações e de promoção da saúde (Ferreira et al., 2021).

Na presença de inúmeras comorbilidades associadas a doenças crónicas, a polimedicação aumenta o risco da ocorrência de erros e eventos adversos. Além disso, a identificação e avaliação de fatores de risco assume uma especial importância em todo este complexo processo de cuidados à pessoa idosa nos diferentes contextos. Contudo, o principal desafio poderá ser a definição e implementação de estratégias que visem o seu controlo, mais difíceis de estabelecer “em casa de alguém”, nas situações de isolamento e/ou em meios desfavorecidos. De referir ainda que também os cuidadores têm um risco acrescido de *burnout*, fadiga e depressão, algo que deve ser considerado e incluído no processo de intervenção, acompanhamento e monitorização realizada pelos profissionais de saúde (L. Sousa et al., 2021).

Quando hospitalizados, a pessoas idosas doentes, pela sua fragilidade, encontram-se mais

suscetíveis a sofrer complicações associadas ao internamento, apresentando um risco acrescido de perda significativa das suas capacidades funcionais (José & Gomes, 2021).

A transição entre níveis de cuidados continua a ser um desafio para as pessoas idosas e respetivos cuidadores. No momento da alta hospitalar a pessoa idosa com doença crónica pode apresentar um grau de dependência mais elevado do que no domicílio, o que nem sempre surge como consequência da situação clínica, mas associado a síndromes geriátricas e às repercussões da imobilidade durante o período de hospitalização. Assim, esta situação poderá traduzir-se no aumento do grau de dependência, em alterações cognitivas e na própria motivação para aderir ao regime terapêutico proposta e/ou ao programa de reabilitação (L. Sousa et al., 2021).

Desta forma as transições de saúde-doença que não são bem-sucedidas tanto do ponto de vista da mestria, como da reconfiguração da identidade, geram dependência, não permitindo a recuperação funcional para os níveis pré-hospitalização. Deve existir uma preocupação no planeamento dos cuidados por parte da equipa de enfermagem para a preparação do regresso a casa, garantindo a segurança, evitando quebras na continuidade e evitando as readmissões no período pós-alta imediata (Ferreira et al., 2020).

Esta questão está identificada na literatura e é reconhecida pelos profissionais de saúde, pelas repercussões que a desfragmentação dos cuidados pode ter em termos de readmissões, perda de funcionalidade, de anos potenciais e de qualidade de vida. Além disso o aumento da necessidade de cuidados pode implicar serem assegurados por um cuidador informal, com o risco de sobrecarga para o mesmo (L. Sousa et al., 2021).

Desta forma, os cuidadores sofrem sobrecarga emocional, física e social associada ao papel de cuidador e não só as pessoas que foram hospitalizadas. Isso tem implicações na sua saúde e influencia a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença crónica (L. Sousa et al., 2021).

Responder a necessidades complexas exige a integração de cuidados entre prestadores, ambientes e setores. Entre os modelos para melhorar a atenção integrada, o modelo de gestor de casos demonstra uma boa base de evidências de facilitar a prestação adequada de serviços de saúde (Hudon & Kessler, 2023).

Os enfermeiros, como responsáveis pela gestão dos cuidados, deverão assumir essa responsabilidade na transição de cuidados e cuidados dirigidos às necessidades de cada pessoa e uma adequada gestão de pessoas e recursos, o que poderá diminuir os próprios custos económicos dos cuidados, reduzindo o número de consultas, o consumo de medicamentos, as readmissões hospitalares e melhorando a qualidade de vida das pessoas idosas dependentes e das suas famílias. Para abordar as pessoas idosas com condição

crónica e complexa de saúde e os seus cuidadores existem diferentes modelos de atendimento como “Modelo de Gestor de Casos”, que se assume como um modelo no cuidado transicional. O gestor de caso procura proporcionar resultados de qualidade no cuidado a estas pessoas e permitir a comunicação com a equipa multidisciplinar, sendo o elemento da equipa com um melhor conhecimento da saúde global de cada pessoa (José & Gomes, 2021).

Desta forma percebe-se que o cuidado transicional é complexo e deverá ter intervenções que possibilitem a transição do cuidado do hospital para o domicílio a acontecer em três momentos: iniciando antes de a pessoa sair do hospital, no momento da alta hospitalar e por último, no prazo de 48 horas e até 30 dias após a alta (L. Sousa et al., 2021).

Os critérios que emergem na literatura para o cuidado transicional são a necessidade de educação, treino de marcha e treino de atividades de vida diária, estratégias adaptativas no autocuidado, compromisso da mobilidade, gestão do regime terapêutico e da dor e o controlo de riscos tais como: risco de queda, risco de úlcera por pressão e risco de não adesão ao programa de reabilitação (L. Sousa et al., 2021).

Considerando aumentar a qualidade de vida destas pessoas é também incontestável a relevância da tecnologia e do digital em saúde. Se outrora a chamada telefónica era a intervenção mais usada para melhorar a transição dos clientes do contexto hospitalar para o ambulatorial, hoje representa apenas um dos muitos recursos disponíveis, mas elementar. Em Portugal, a teleconsulta, a teletriagem, a telemonitorização, o telediagnóstico, o telerastreio, entre outros, trouxeram novos modos de agir e relacionar com o cidadão (José & Gomes, 2021).

Atualmente, o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC), impulsionam a implementação de estratégias educacionais inovadoras. Estas permitem melhorar a eficiência das organizações, integrando e disponibilizando informação e antecipando necessidades. Uma das vantagens do uso das tecnologias é a de aumentar o acesso à informação e educação quando os clientes se encontram geograficamente distantes. Atualmente, as TIC têm uma ampla utilização no âmbito da saúde, em diferentes grupos alvo e dirigidas para diferentes problemas (Araújo, Campos, et al., 2021).

O acompanhamento domiciliário pós-alta das pessoas com doença crónica, através de um meio proativo de comunicação no contexto da telessaúde (conexão por telefone e vídeo) e do gestor de caso evita possíveis falhas no atendimento às pessoas, ao abordar a reconciliação da medicação, o encaminhamento e consultas de acompanhamento, os objetivos de atendimento, a decisão sobre diretivas antecipadas de vontade, os recursos domiciliários e comunitários e as preocupações do cuidador (José & Gomes, 2021).

Uma vez que os múltiplos problemas de saúde sofridos pelas pessoas idosas são

frequentemente acompanhados de manifestações de dependência funcional, é necessário avaliar e manter os sinais de independência que a pessoa ainda apresenta e que constitui o seu potencial de desenvolvimento. Este conhecimento vai permitir diligenciar o nível de cuidado mais adequado para cada pessoa e ajudar a capacitar a pessoa transformando capacidades potenciais em reais com o objetivo de promover o Cuidado-de-SI e melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida. (José & Gomes, 2021).

Após a estabilização da fase aguda de uma doença crónica, face a um quadro de dependência para as atividades de autocuidado, torna-se essencial iniciar o processo de recuperação da pessoa e família. Tal exige a transição para novos papéis e responsabilidade. Assim é essencial perceber que na continuidade do processo de intervenção, deverão ser definidos objetivos concretos, dirigidos para as reais necessidades da pessoa e família (Araújo et al., 2021).

A reconstrução da autonomia no autocuidado pode ter diferentes abordagens, englobando terapêuticas de enfermagem distintas com diferentes objetivos. As terapêuticas para as pessoas dependentes com elevado potencial de autonomia têm como objetivo primordial a promoção da autonomia. Desta forma, é necessário avaliar o potencial de autonomia através de ações promotoras da consciencialização, da avaliação das atividades de autocuidado que a pessoa consegue ou não fazer, da criação de condições facilitadoras da satisfação das necessidades de autocuidado pela própria pessoa dependente e implementar ações orientadas para o desenvolvimento de novas competências de autocuidado, pelo incremento do repertório de conhecimentos e pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento de novas habilidades (Araújo et al., 2021).

Quando não existe capacidade para o Cuidador formal ou informal prestar cuidados em contexto domiciliário deverá existir a transição para uma estrutura que consiga garantir a continuidade de cuidados de forma segura e com acompanhamento permanente (Baixinho et al., 2021).

Nos últimos anos a transição demográfica originou um conjunto de políticas nacionais e internacionais sobre o envelhecimento ativo, a promoção da saúde, o controlo das doenças crónicas e a prevenção de acidentes com a população idosa. Apesar dessas medidas o risco de doença, as complicações associadas às multimorbilidade, o risco de exclusão social, a não prevenção do declínio físico e cognitivo, são indicadores que estas políticas precisam de questionamento (Baixinho et al., 2021).

A Comissão Europeia, no documento “Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies 2018” define os cuidados de longa duração como uma gama de serviços e assistência para pessoas que, em decorrência de fragilidade mental e/ou física e/ou

incapacidade por um longo período de tempo, dependem de ajuda nas atividades da vida diária e/ou necessitam de alguns cuidados de enfermagem permanentes (Araújo et al., 2021).

O Conselho Europeu e a Comissão Europeia definiram 20 princípios fundamentais do Pilar Europeu dos Direitos Sociais, estabelecido pelo Parlamento Europeu, visando uma Europa mais justa e mais social e o direito a cuidados de longa duração acessíveis e de boa qualidade (Araújo, Bastos, et al., 2021).

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surge em 2006 e assenta num modelo organizacional de gestão partilhada (Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social), constituída por um conjunto de instituições, públicas e privadas. Emerge como um modelo integrado, de cuidados de saúde e social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, situado num nível intermédio, entre os cuidados de saúde comunitários e os de internamento hospitalar. A RNCCI tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua reabilitação, autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar (Instituto da Segurança Social, 2023).

Assim, tem como objetivos específicos desenvolver ações próximas das pessoas com dependência, desenvolver cuidados de longa duração, criar serviços comunitários de proximidade e disponibilizar respostas adequadas ao processo de envelhecimento e de perda de funcionalidade. Embora a RNCCI se destine a pessoas “que independentemente da idade se encontram em situação de dependência” mais de 85% dos seus utilizadores são idosos (Araújo, Bastos, et al., 2021; Instituto da Segurança Social, 2023; José & Gomes, 2021).

A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social. As unidades de internamento, contemplam as unidades de Convalescença, unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM). No contexto comunitário e domiciliário, estão definidas Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI) (Araújo, Bastos, et al., 2021; Instituto da Segurança Social, 2023).

Assumem-se os cuidados integrados e continuados como os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração das pessoas em situação crónica e/ou de dependência. Assim, a enfermagem tem uma responsabilidade essencial no sentido de contribuir e possibilitar intervenções integradas de saúde e apoio social que visem a recuperação global, promoção da autonomia e melhoria da funcionalidade da pessoa dependente, através da sua

reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (José & Gomes, 2021).

As valências de internamento da RNCCI de âmbito geral contemplam as seguintes tipologias de resposta: Unidades de Convalescença (UC); Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) (Instituto da Segurança Social, 2023).

A UC é uma unidade, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, dirigida a pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, mas que devido a uma situação de doença súbita, recorrência ou descompensação do processo crónico, requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio (Instituto da Segurança Social, 2023).

Esta unidade tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão e assegura reabilitação funcional intensiva, cuidados médicos e de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, prescrição e administração de medicamentos, cuidados de fisioterapia, apoio psicológico e social, higiene, conforto e alimentação, reabilitação funcional intensiva, convívio e lazer (Araújo et al., 2021).

## 2. CASO CLÍNICO

O Sr. M., de 91 anos, recorreu ao serviço de urgência de um hospital central a 26/03 por um quadro de prostração, sem reação a estímulos.

Segundo informação da Instituição que fazia o apoio domiciliário, o Sr. M era completamente autónomo até cerca de uma semana antes desta vinda à urgência. Porém a 20/03, após queda no domicílio e perante quadro de queixas álgicas, teve de recorrer ao serviço de urgência. Após realização de exames complementares de diagnóstico verificou-se que apresentava fratura compressiva da L1 sem indicação cirúrgica e sem défices neurológicos, com indicação de repouso e evicção de flexões ativas.

Perante esta situação passou a ter apoio domiciliário da instituição. Apresentava cansaço fácil, debilidade e queixas álgicas inespecíficas. No dia 26/03, quando a funcionária do apoio domiciliário encontrou o Sr. M. este encontrava-se prostrado, não verbalizava nem respondia a estímulos. Ao exame objetivo mantinha-se prostrado e a auscultação pulmonar apresentava sibilância, com sinais de vômito de estase na maca.

Foi-se mostrando mais comunicativo e referiu ter sentido dores intensas na noite anterior na região lombar e verbalizou “pensei terminar com a vida”, referindo ter ingerido herbicida “round up”. Foi contactado o CIAV, não sendo necessário nenhuma ação além do controlo analítico e clínico.

Internado em serviço de medicina interna, é transferido para o serviço de medicina interna da atual instituição a 27/03, com o diagnóstico de cistite aguda com urocultura positiva para pseudomonas aeruginosa e dor intensa na região lombar.

### 2.1. HISTÓRIA CLÍNICA

Neoplasia do pênis, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratado, Hipotireoidismo, Anemia, Gota, Purpura senil, Penfigoide bulhoso, Hipertensão arterial (HTA), glomerulonefrite, hiperplasia benigna da próstata (HBP).

### 2.2. HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL

O Sr. M é viúvo há cerca de 2 anos, reformado e tem como habilitações literárias o 4ª ano. Tinha uma filha, entretanto falecida 4 meses após a esposa do Sr. M. Tem 1 neto que reside longe do avô, não podendo desempenhar o papel de cuidador informal. Tem como contacto

de referência um primo, que reside na mesma freguesia, que lhe dá algum suporte e o acompanha em algumas consultas médicas quando tem disponibilidade.

### 2.3. REVISÃO DE SINTOMAS

O Sr. José tem capacidade de dar resposta a algumas perguntas simples, mas tem dificuldade em responder às perguntas mais complexas sobre a sua situação de saúde.

Apresenta cansaço fácil e dificuldade em realizar pequenas atividades, como estar de pé ou nas transferências entre cadeira higiénica e cadeirão, com perda de força nos membros inferiores. Dificuldade em estar deitado por longos períodos, por dor na região lombar, alternando períodos entre a cama e o cadeirão. Apresenta múltiplas lesões cutâneas do penfigoide bulhoso e quebras cutâneas.

Mantém cateter urinário de longa duração por neoplasia do pênis, com indicação de substituição a 26/06, apresenta urocultura positiva para pseudomonas aeruginosa.

Apresenta edemas nos membros inferiores e limitação na mobilização dos mesmos, mais acentuado à esquerda.

### 2.4 MEDICAÇÃO HABITUAL

O Sr. M não é capaz de referir a medicação que toma. A Instituição prepara a medicação para a semana, em sistema de caixa-unidose e o Sr. M refere que toma a medicação nos horários indicados, mas por vezes se esquece. Antes deste apoio referiu que por vezes se esquecia muitas vezes de tomar a medicação.

#### Tabela 1

##### *Medicação do domicílio*

<b>Medicamento</b>	<b>Dosagem</b>	<b>Frequência</b>
pantoprazol	40mg	Jejum
loratadina	10mg	Jantar
Dutasterida+tansulosina	0,5mg+0,4mg	Pequeno almoço
levotiroxina	0,05mg	Jejum
Furosemida	40mg	Jejum
Dermovate creme	Aplicação tópica em todo o corpo	2 vezes dia
Insulina glargina	16 unidades	Pequeno almoço
amlodipina	5mg	Pequeno almoço

No internamento foi prescrito:

**Tabela 2**

*Medicação prescrita*

<b>Medicamento</b>	<b>Dosagem</b>	<b>Via de administração</b>	<b>Frequência/horário de administração</b>
pantoprazol	40mg	oral	7h
metoclopramida	10mg	oral	8/8h
budesonido	200µg/dose	inalatório	12/12h
furosemidia	20mg	oral	7h
metilprednisolona	125mg	ev	id
paracetamol	1000mg	oral	8/8h
Metamizol de magnésio	575mg	oral	8/8h
Docusato de sódio+sorbitol	10mg+13400mg	retal	sos
Picossulfato de sódio	7,5mg/ml	oral	id
Amoxicilina+ ácido clavulânico	1000mg+200mg	ev	8/8h
Tramadol	100mg	ev	12/12h

## 2.5. EXAME FÍSICO

TA deitado: 149/81 mmHg, FC- 91 bat/min, FR 20 ciclos/min, saturação O<sub>2</sub> 94% a ar ambiente, glicemia capilar 151mg/dl em jejum. Aparência física compatível com a sua idade.

Apresenta edemas dos pés, pele com múltiplas soluções de continuidade e flictenas, nos membros inferiores, superiores e região dorsal, devido a Penfigoide bulhoso. Apresenta também lesão no membro superior direito por quebra cutânea.

Diminuição da acuidade auditiva não corrigida, com dificuldade em perceber a informação que lhe é transmitida. Ausência de peças dentárias, sem prótese dentaria, apresentando hábitos de higiene oral pouco regulares. Abdómen mole e depressível. Última dejeção no dia anterior, com recurso a uso de medicação laxante. Necessita de ajuda de terceiros para alternar decúbitos no leito, no levante e nas transferências. Não deambula sem ajuda de terceiros e apenas curtas distâncias.

## 2.6. AVALIAÇÃO COGNITIVA

O Sr. M. encontra-se orientado, com discurso coerente e colaborante. Segue orientações simples e responde a perguntas simples, com dificuldade em responder a questões mais complexas. Doente apresenta dificuldade na acuidade auditiva não compensada, tendo sido necessária a recolha de mais informação junto da instituição que presta apoio. Doente independente há cerca de um mês, após queda apresentou limitações físicas, com dificuldade em sair de casa e realizar as atividades habituais devido a dor lombar. Quadro depressivo, apresentou tentativa de suicídio, que conduziu ao atual internamento. Mantém labilidade emocional, mas ventila emoções.

## 3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Neste capítulo pretende-se fornecer informação sobre a pessoa em estudo, que permitirá posteriormente elaborar diagnósticos de enfermagem com as respetivas intervenções.

O uso de teorias/modelos de enfermagem oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, proporcionando visibilidade ao processo de trabalho e autonomia na prestação do cuidado, uma vez que a elaboração intelectual do processo de trabalho conduz à reflexão, algo cada vez mais importante com vista à necessidade de alcançar o status de ciência para a enfermagem (Figueiredo Santos et al., 2022).

A recolha da informação foi baseada nos referenciais teóricos utilizados na ULS onde o Sr, M. se encontra institucionalizado, a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem e na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

As escolhas destes referenciais teóricos centraram-se na condição de saúde / doença e na necessária adaptação ao seu processo de vida. Como é sabido, o aumento das doenças crónicas, nas quais se verifica uma transição na condição de saúde / doença das pessoas tornam imprescindível a ação profissional focada dos enfermeiros. Neste contexto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis oferece uma estrutura que ajuda os enfermeiros, provendo recursos para maior competência na sua ação profissional, no sentido de ajudarem as pessoas a fazer uma transição saúde / doença o mais saudável possível. Além disso, o aumento da longevidade, com potencial impacto na diminuição da capacidade para a realização do Autocuidado, ou a dependência na realização do Autocuidado justificada por fatores condicionantes, encontram na Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, a estrutura do conhecimento disciplinar para a resposta a uma necessidade central da profissão, o Autocuidado (CHUC - SIDE, 2017).

O autocuidado é uma função humana reguladora, que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém executa por elas para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. A capacidade de autocuidado não é em si mesma um meio para manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar, mas antes uma potencialidade para a atividade de autocuidado como parte integrante do ser humano. A Teoria do Autocuidado constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a enfermagem (Queirós et al., 2014).

### 3.1. AVALIAÇÃO INICIAL

Todos os dados que se seguem foram compilados através de entrevista de avaliação inicial ao doente e através da consulta do processo clínico. Elaborou-se a seguinte tabela que permitiu evidenciar os focos de atenção de enfermagem.

**Tabela 3**

#### *Avaliação Inicial*

<b>Respiração</b>	<b>Frequência respiratória:</b> 20 ciclos por minutos. <b>Outros dados:</b> cansaço fácil com taquipneia.
<b>Circulação</b>	<b>Sinais vitais:</b> Tensão Arterial- 149/81 mmHg; Frequência Cardíaca- 91 bpm; Saturação de oxigénio - 94%. <b>Outros dados:</b> Pele e mucosas coradas, edemas acentuados dos membros inferiores.
<b>Temperatura corporal</b>	<b>Manifestações de febre:</b> não apresenta. <b>Temperatura:</b> 36,5°C
<b>Nutrição</b>	<b>Hábitos alimentares:</b> via oral disponível, realiza dieta triturada, por falta de peças dentárias, de forma autónoma. Ingere 5 refeições por dia.
<b>Eliminação urinária</b>	<b>Hábitos de eliminação urinária:</b> apresenta sonda vesical nº 16 de longa duração substituída em março de 2024. Próxima substituição a 26/06/2024 <b>Caracterização da eliminação urinária:</b> urina concentrada, com sedimentos. Urocultura positiva para pseudomonas aeruginosa.
<b>Eliminação intestinal</b>	<b>Hábitos de eliminação intestinal:</b> dejeções de 2/2 dias com recurso a uso de medicação. <b>Caracterização da eliminação intestinal:</b> dejeções moldadas acastanhadas.
<b>Reparação</b>	<b>Hábitos de sono:</b> regular, sem necessidade de recurso a medicação.

<b>Sensações</b>	<p><b>Visão:</b> redução da acuidade visual, sem uso de medidas de compensação.</p> <p><b>Audição:</b> hipoacusia, sem uso de medidas de compensação.</p> <p><b>Outros dados:</b> aplicada escala visual analógica de dor, adaptada ao doente, apresenta dor moderada. Dor crónica tipo moinha na região dorsal que alivia com decúbito dorsal e sentado. Agrava com decúbitos laterais. Sem acompanhamento por unidade de dor. Utiliza fármacos para o seu alívio com pouco sucesso e sem recurso a intervenções não-farmacológicas.</p>
<b>Interação de papéis</b>	<p><b>Prestador de cuidados:</b> neto, que reside afastado.</p> <p><b>Outros dados:</b> viúvo e com perda da única filha, a vivenciar processo de luto.</p>

### 3.2. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

No contexto de doença aguda, os enfermeiros não só atendem às necessidades relacionadas com o processo de transição saúde-doença, como às consequências relacionadas com a hospitalização, nomeadamente o declínio funcional, cognitivo e afetivo da pessoa, com reflexos na capacidade para o autocuidado. Neste sentido, na conceção de cuidados, os enfermeiros devem promover o bem-estar e o autocuidado, assim como a prevenção de complicações e a readaptação funcional. Após uma avaliação personalizada e integral, o enfermeiro define o plano de cuidados, integrando a família como parceira no cuidar, se possível. Deve ser dada oportunidade ao idoso para tomar decisões, não subvalorizar as suas queixas e promover a sua independência, não o substituindo, mas sim complementando-o no que não tem capacidade de concretizar (Martins et al., 2021).

Nos processos de transição saúde/doença, o papel dos enfermeiros passa por apoiar, disponibilizando a informação necessária e utilizando estratégias ajustadas às realidades individuais e do contexto familiar, que permitam capacitar a pessoa e a sua família. Desta forma, deverá ser estabelecida uma parceria entre o doente e o profissional de saúde, quer na identificação dos problemas, quer na definição das metas e do plano terapêutico. Tendo em conta as circunstâncias e obstáculos que podem surgir, o plano deve ser reajustado, capacitando a pessoa para o desenvolvimento de competências na resolução de problemas (M. R. Sousa et al., 2021).

Para gestão da doença crónica torna-se importante capacitar o doente para vários fatores. O sucesso na gestão da doença passa não só pela adesão ao regime medicamentoso, mas também, por alterações de comportamento no seu autocuidado (Homem et al., 2022).

Tanto em internamento hospitalar como em cuidados de saúde primários, deverão existir programas educacionais que auxiliem o doente no processo de tomada de decisão. Desta

forma, a implementação de programas educacionais na área do comportamento do autocuidado deve incidir em três áreas primordiais: a manutenção de autocuidado (*self-care maintenance*), a percepção de sintomas (*symptom perception*) e a gestão do autocuidado (*self-care management*) (Homem et al., 2022).

Em enfermagem, a tomada de decisão surge como um processo cognitivo e complexo, fundamentado pelo conhecimento teórico, organizacional e ético. Sofre ainda as influências de fatores pessoais, contextuais/ambientais e organizacionais (Lourenço et al., 2022).

Os enfermeiros especialistas detêm conhecimento e competências específicas e possuem pensamento crítico e raciocínio clínico para desenvolver e implementar intervenções diferenciadas de enfermagem, com foco na gestão eficaz dos sintomas (Salvetti & Sanches, 2022).

O processo de tomada de decisão pode e deve ser melhorado e sustentado pela utilização de um sistema de informação em enfermagem. Permite minimizar o erro pelo acesso a dados que informam o enfermeiro da resposta adequada a um determinado propósito, o que possibilita desenvolver uma atividade ou decidir face a um determinado contexto e servir de suporte teórico para a prática baseada na evidência (Lourenço et al., 2022).

Assim, referente ao caso em análise, foi elaborado o seguinte plano de cuidados de enfermagem individualizado utilizando a linguagem CIPE® instituída na ULS onde o Sr. M. se encontra institucionalizado e onde foram tidos em conta apenas os focos de atenção considerados mais importantes.

**Tabela 4***Plano de cuidados de enfermagem*

<b>Focos de atenção</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Aceitação do estado de saúde	Avaliar aceitação do estado de saúde	Indicador de avaliação da aceitação do estado de saúde (Apêndice 1).	Aceitação do estado de saúde crônico comprometido	<ul style="list-style-type: none"><li>-Avaliar a aceitação do estado de saúde;</li><li>- Assistir a identificar estratégias de <i> coping </i> eficazes;</li><li>- Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico;</li><li>- Promover a autogestão do regime medicamentoso;</li><li>-Incentivar o envolvimento na gestão do regime terapêutico;</li><li>-Incentivar comunicação de emoções;</li><li>- Referenciar para o serviço de psicologia/psiquiatria;</li><li>-Referenciar para consulta de nutrição;</li><li>-Ensinar sobre estratégias adaptativas;</li><li>- Promover a adesão à medicação através do uso de uma caixa para comprimidos;</li><li>-Promover consciencialização.</li></ul>

**Estratégias a implementar:**

-Atribuição de um gestor de caso ao Sr. M.;

-Inclusão em projetos sociais de acompanhamento à pessoa idosa (no sentido de aumentar a interação social, melhorar a ocupação e a gestão do tempo livre, promover a autoestima e a autonomia e melhorar a valorização da imagem social do idoso perante a sociedade);

-Utilização de caixa unidose automática com sinal sonoro para alerta do horário da administração da terapêutica.

Autocuidado	Avaliar o autocuidado da doença crónica	<i>Self-care of chronic illness inventory</i> – versão portuguesa (Anexo 1);  <i>World Health Organization Quality of Life - Bref</i> - versão portuguesa (Anexo 2);	Autocuidado comprometido	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar o impacto da doença no autocuidado através de escala;</li><li>-Avaliar o impacto da doença na qualidade de vida através de escala;</li><li>- Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado</li><li>-Auxiliar a pessoa a identificar o impacto da doença nos autocuidados;</li><li>- Avaliar a compreensão que a pessoa tem do processo de saúde- doença;</li><li>- Ensinar a pessoa/família sobre o processo de autocuidado;</li><li>- Elaborar um plano de cuidados com a pessoa;</li><li>- Atribuir um gestor de caso à pessoa;</li><li>- Referenciar para rede de cuidados continuados integrados (para a tipologia: Unidade de Convalescença);</li></ul>
-------------	---	--	--------------------------	--

**Estratégias a implementar (após alta de unidade de cuidados continuados integrados):**

- Aumentar os Serviço de Apoio Domiciliário;

- Atribuir um enfermeiro Gestor de Caso para avaliar as condições económico-sociais e familiares do Sr. M. (em conjunto com as Assistentes Sociais), emitindo um alerta e a mais rápida ativação de respostas sociais adequadas a situação familiar e social;

-Recorrer aos cuidados de saúde primários para uma transição segura de cuidados de saúde.

Dor	Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor;	Indicador de avaliação do conhecimento sobre estratégias de alívio da dor (Apêndice 2).	Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar conhecimento sobre estratégias do alívio da dor avaliar;</li> <li>- Assistir a identificar estratégias de alívio da dor;</li> <li>- Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento;</li> <li>- Executar técnica não farmacológica de alívio de dor (massagem, posicionamento, relaxamento)</li> <li>- Aplicar restrição física da mobilidade;</li> </ul>
	Capacitar a doente na autogestão da dor	Escala visual analógica da dor (Anexo 3);	Dor presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar dor;</li> <li>- Referenciar para o serviço médico;</li> <li>- Vigiar dor;</li> <li>-Administrar medicação para a dor;</li> <li>-Ensinar na autogestão da dor;</li> <li>-Demonstrar a administração da medicação.</li> </ul>

Risco de queda	Avaliar o risco de queda	Escala de risco de queda de Morse (anexo 4)	Risco de queda presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Assistir a identificar condições de risco para a queda;</li> <li>-Referenciar para o serviço de fisioterapia;</li> <li>-Encaminhar para fisioterapia;</li> <li>- Ensinar sobre prevenção de quedas;</li> <li>- Gerir o ambiente físico para prevenir quedas;</li> <li>- Ensinar sobre dispositivos de deambulação;</li> <li>- Promover alterações estruturais no domicílio</li> </ul>
<p><b>Estratégias a implementar:</b></p> <p>Propor alterações estruturais no domicílio com vista a prevenção de quedas (colocação de iluminação extra, pisos antiderrapantes, chão livre de objetos, corrimão bilateral nas escadas, polibã em detrimento de banheira, barras de apoio);</p> <p>Propor implementação de um programa de exercícios, adaptado às capacidades e necessidades individuais.</p>				

A avaliação dos diagnósticos de enfermagem deverá ocorrer a cada contato com o Sr. M e família ou sempre que for considerado necessário.

A escolha do diagnóstico aceitação do estado de saúde prende-se com o modo como o Sr. M. se vê e como vê as suas doenças, aliada à tristeza que sente ao reconhecer a realidade da sua condição. Isto verifica-se por exemplo, na verbalização de ter vontade de terminar com a vida “pensei em terminar com a vida por causa das dores”.

Os idosos com complicações crónicas associadas a outros fatores de risco, como défice nas atividades da vida diária ou barreiras sociais, vivenciam múltiplos desafios na gestão das suas necessidades de saúde. Identificar estratégias efetivas para melhorar as transições e os resultados do cuidado nessa população é essencial (Hirschman et al., 2015).

A inclusão em projetos sociais de acompanhamento à pessoa idosa permite aumentar a interação social, melhorar a ocupação e a gestão do tempo livre, promover a autoestima e a autonomia e melhorar a valorização da imagem social do idoso perante a sociedade (Barbosa et al., 2021).

Em relação à gestão do regime terapêutico e em especial à gestão do regime medicamentoso, esta deve ser trabalhada em conjunto com a pessoa explicando os medicamentos, quais as suas indicações, doses, horários e possíveis efeitos colaterais. A complexidade da medicação utilizada, a manutenção do regime terapêutico e o número de doses diárias são fatores que influenciam diretamente a adesão ao tratamento (Homem et al., 2022).

Assim, devem ser adotadas estratégias para que a gestão do regime medicamentoso seja um processo mais facilitado como a utilização de caixa unidose automática com sinal sonoro para alerta do horário da administração da terapêutica. Além disso, no regime terapêutico, devem ser trabalhados a adesão ao regime de exercício, avaliando a atitude relativamente ao regime de exercício e referenciando para consulta de fisioterapia e a adesão ao regime alimentar, referenciando para consulta de nutrição.

O diagnóstico de autocuidado comprometido torna-se importante, porque se trata de uma doente idoso, até há relativamente pouco tempo independente e que, num curto espaço de tempo, sofreu grandes alterações na sua capacidade de se auto-cuidar. Torna-se necessário avaliar este comprometimento e disponibilizar ferramentas e suporte, no sentido de se adaptar a estas dificuldades. Outro aspeto a valorizar, é o processo de continuidade de cuidados e a preparação da alta hospitalar.

O contexto privilegiado para disponibilizar os cuidados deve ser o domicílio da pessoa que deles necessita, sendo esta é a opção mais frequentemente valorizada, particularmente pela população idosa. Neste cenário de cuidados de proximidade é importante mobilizar e otimizar

diferentes recursos comunitários que facilitem a adequação das respostas e que não se configurem em assistência institucional. Porém, para os casos em que a assistência domiciliária já não se afigura como uma resposta ajustada, é importante que existam respostas assistenciais institucionais governadas por elevados padrões de qualidade (Araújo, Bastos, et al., 2021).

Nesta situação em particular e face a sua situação familiar e social, foi sugerido a referenciação para rede de cuidados continuados integrados na tipologia de Unidade de Convalescença.

A tipologia de unidade de convalescença é dirigida a pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, mas que devido a uma situação de doença súbita, recorrência ou descompensação do processo crónico, requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio (Instituto da Segurança Social, 2023).

O modelo de Gestor de caso também pode ser uma estratégia a adotar nesta situação.

Ao atribuir um gestor de caso, este torna-se um elemento-chave da eficácia interdisciplinar. Na abordagem do doente crónico vulnerável, a atribuição de um gestor de caso, geralmente um enfermeiro, promove um ponto de contacto entre o doente e os cuidados de saúde, reduzindo a morbilidade. Existe um ganho de eficiência na prestação de cuidados médicos ao doente através da coordenação dos diferentes níveis de cuidados de saúde (Chouinard et al., 2013).

A importância do diagnóstico de dor impõe-se devido à ineficácia das estratégias farmacológicas e a inexistência da aplicação de estratégias não farmacológicas. Assim, foi solicitada a colaboração da equipa médica para a vertente farmacológica e da equipa da fisioterapia/reabilitação para a implementação de estratégias não farmacológicas, onde há a possibilidade de realizar massagem e relaxamento.

A Ordem dos Enfermeiros considera intervenções não farmacológicas a aplicação de métodos ou técnicas para prevenir e/ou tratar dor que não envolva a administração de fármacos. Deste modo, sugere que o enfermeiro tenha um papel determinante na promoção de cuidados direccionados para a eliminação ou redução da dor utilizando intervenções não farmacológicas em complemento com a vertente farmacológica, tendo em conta as vontades da pessoa, os objetivos expectáveis do tratamento e a evidência científica existente (Rodrigo Facio et al., 2022).

Relativamente ao foco de atenção risco de queda, este impunha-se porque foi uma queda no domicílio que acabou por conduzir ao atual internamento. Assim importava analisar e

compreender fatores que possam desencadear novas quedas e implementar estratégias que reduzam esse risco, como alterações estruturais no domicílio com vista a prevenção de quedas.

As quedas, na sua maioria, ocorrem na população idosa frágil devido ao aumento do risco associado, apresentando consequências pessoais, familiares e sociais e com grande impacto nos serviços de saúde. Assim, as equipas de saúde devem integrar o conhecimento produzido acerca da inovação e tecnologias que visem melhorar a vida dos idosos frágeis, implementando estratégias facilitadoras no controlo deste problema de saúde, quer para melhorarem a força e o equilíbrio na pessoa idosa, quer como forma de identificação dos indivíduos com maior risco ou de melhoria da segurança do idoso (Araújo, Campos, et al., 2021).

Além disso, é importante melhorar a capacidade locomotora, uma vez que estudos internacionais referem que 30% dos indivíduos com mais de 65 anos e 50% com mais de 85 anos caem pelo menos uma vez por ano. Algumas das principais causas da maior carga de incapacidade em pessoas idosas são quedas, dores nas costas e no pescoço, diabetes e osteoartrite e os componentes da fragilidade (perda de peso, exaustão, fraqueza, lentidão e baixa atividade física) estão diretamente relacionados com a mobilidade. A fragilidade está associada a desfechos adversos em saúde, com hospitalizações prolongadas, maior suscetibilidade, declínio funcional acelerado e maior utilização de cuidados de saúde. A evidência demonstra que muitas quedas podem ser evitadas ao se abordar os fatores de risco, que incluem declínios na capacidade física e dificuldades de equilíbrio e mobilidade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Um programa de exercícios, adaptado às capacidades e necessidades individuais, é a abordagem mais importante para melhorar ou manter a capacidade locomotora. A implementação de um programa baseado em evidências, seja em grupo ou com supervisão individual, é uma forma custo-efetiva de implementar um plano de atividade física estruturado que melhore a capacidade locomotora, reduza os riscos de queda e forneça suporte à autogestão. O programa CAPABLE (*community aging in place, advancing better living for elders*), por exemplo, foi projetado para aumentar a capacidade intrínseca locomotora, minimizando os riscos no ambiente domiciliar. O seu objetivo é diminuir o risco de queda e aumentar a mobilidade e funcionalidade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

## CONCLUSÃO

A atual transição demográfica é um grande desafio para as políticas públicas. Vidas mais longas exigem novos paradigmas e conceitos no campo da saúde. Além disso pessoas com multimorbidade requerem uma abordagem integrada e um cuidado contínuo com suporte adequado e transições de um nível para outro do sistema de saúde, dependendo de suas necessidades específicas. (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Embora o envelhecimento não seja sinónimo de doença, as evidências têm identificado que o processo fisiológico do envelhecimento é acompanhado por alterações estruturais e funcionais que vão ocorrendo ao longo da vida que podem ser agravadas pelos estilos de vida que a pessoa vai assumindo, por eventos críticos que abruptamente acometem a saúde e bem-estar da pessoa, ou ainda pelas comorbilidades que se vão instalando. Este desequilíbrio resultante das mudanças em vários sistemas fisiológicos, torna a pessoa idosa mais vulnerável na presença de doenças crónicas e eventos críticos agudos, podendo conduzir a um quadro de fragilidade (Araújo, Campos, et al., 2021).

Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos oferecidos nos diferentes tipos de ambientes e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, permitindo capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença e redefinindo o projeto de saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Assim, o enfermeiro recorre ao plano de cuidados individualizados, construído em colaboração com a pessoa, família e/ou cuidador com vista a alcançar a promoção do autocuidado, a capacitação para a tomada de decisão segundo o potencial demonstrado e os recursos disponíveis, a promoção e manutenção da qualidade de vida. Para além disso intervém na gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor, na gestão da transição situacional e na utilização das novas tecnologias no ensino, instrução e treino.

Representando a maior força de trabalho na área da saúde, os enfermeiros são dotados de competências científicas, técnicas e relacionais, determinantes na prevenção de complicações, bem como na capacitação das pessoas com doença crónica, tendo em vista a qualidade de vida e a continuidade da sua participação na sociedade (Martins et al., 2021).

A elaboração deste trabalho foi bastante importante para a aprendizagem, pois como futura enfermeira especialista senti a responsabilidade acrescida na análise criteriosa de todas as dimensões e problemas, do doente crónico idoso, necessitando de ferramentas para

conseguir responder adequadamente à Pessoa e família que vivenciam processos de transição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Bastos, F., Lourenço, M., Vilela, C., Fernandes, C., Brito, A., & Campos, M. J. (2021). O papel dos cuidados continuados na reconstrução da autonomia. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 71–84). [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)
- Araújo, F., Campos, J., Lumini, M. J., & Nogueira. (2021). A fragilidade no contexto da saúde. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 27–42).
- Baixinho, C. L., Sousa, L., Nascimento, T., & Ferreira, R. (2021). Políticas Associadas ao Envelhecimento. In *Competências em Enfermagem Gerontogerátrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (pp. 165–182). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barbosa, M., Ribeiro, C., Ribeiro, E., Pais, R., Silva, K., Rodrigues, R., & Almeida, F. (2021). *Projeto - combate socioeducativo ao isolamento da pessoa idosa & “contra a solidão sénior.” February*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21840.84487>
- Chouinard, M. C., Hudon, C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É., Fortin, M., Couture, É. M., & Sasseville, M. (2013). Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-49>
- CHUC - SIDE. (2017). *tomada de decisão em enfermagem no Chuc* (Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Ed.; 1ªedição).
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Ferreira, R., Nunes, A. C., Baixinho, C. L., & Sousa, L. (2021). Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na Pessoa Idosa. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Ed.), *Competências em Enfermagem Gerontogerátrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (pp.141–154).
- Figueiredo Santos, M. C. De, Gouveia Dias Bittencourt, G. K., Fernandes Beserra, P. J., & Lima Da Nóbrega, M. M. (2022, May 25). Orem’s general self-care theory according to

Meleis' model for theory analysis. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV21047>

Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M., & Naylor, M. (2015). Continuity of Care: The Transitional Care Model. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>

Homem, F. de B., Caetano, A. P. M., Reveles, A. F., Martins, H. I. F., Sousa, J. P. de, Rodrigues, L. M. M. A., & Azevedo, T. S. de. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular apoio científico* (Ordem dos Enfermeiros & Núcleo de Enfermagem em Cardiologia, Eds.; 1º). AstraZeneca.

Hoogendijk, E. O., Onder, G., Smalbil, L., Vetrano, D. L., Hirdes, J. P., Howard, E. P., Morris, J. N., Fialová, D., Szczerbińska, K., Kooijmans, E. C. M., Hoogendoorn, M., Declercq, A., De Almeida Mello, J., Leskelä, R. L., Häsä, J., Edgren, J., Ruppe, G., Liperoti, R., Joling, K. J., & Van Hout, H. P. J. (2023). Optimising the care for older persons with complex chronic conditions in home care and nursing homes: Design and protocol of I-CARE4OLD, an observational study using real-world data. *BMJ Open*, 13(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072399>

Hudon, C., & Kessler, R. (2023). Integrating case management for patients with complex needs in the ground practice: the importance of context in evaluative designs. *Health Research Policy and Systems*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-023-00960-4>

Instituto da Segurança Social. (2023). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt),

José, H., & Gomes, I. (2021). Teorias e/ou Modelos de Enfermagem no Desenvolvimento do Cuidado Gerontogeriatrico. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Ed.), *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (pp. 95– 113).

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S. F., Sequeira, M. S., Melo, M. F. H. M., & Gouveia, M. J. B. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Martins, M. M., Faria, A., & Ribeiro, O. (2021). Gestão no Cuidado Gerontogeriatrico. In *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (pp. 199–215).

Nunes, L., Inês, R., & Constantino, M. (2021). Perspetivas Éticas, Deontológicas e Jurídicas no Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Ed.), *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (pp. 65–94).

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). Portfólio: Programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde. In *Portfólio: Programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde*. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275725818>

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S., & Filho, A. J. de A. (2014, December 1). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Regulamento n.º 429/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16 19359 (2018).

Rodrigo Facio, C., Vicente, A., Neves Coelho, A., Lobão, C., Gonçalves, R., & Parola, V. (2022). *Intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros no controlo da dor em cuidados paliativos: protocolo scoping review*. 43. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v>

Salveti, M. de G., & Sanches, M. B. (2022). Symptom cluster: management and advanced practices in oncology nursing. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 56(spe), e20210452. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0452en>

Sousa, L., Baixinho, C., Diniz, A. M., & Marques, M. (2021). Segurança, Qualidade e Gestão do Risco no Cuidado Gerontogeriatrico. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Ed.), *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (pp. 115–132).

Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 15–26). [www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)

United Nations. (2020). *UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action*. <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>

## ANEXOS

ANEXO 1- *Self-care of chronic illness inventory* – versão portuguesa.

**SELF-CARE OF CHRONIC ILLNESS INVENTORY V4c**  
**INVENTÁRIO DO AUTOCUIDADO DA DOENÇA**  
**CRÓNICA v.4c– Versão Portuguesa**

*Todas as respostas são confidenciais.*

Ao preencher este questionário, pense em como se tem sentido no último mês.

**SECÇÃO A:**

Em baixo estão listados os comportamentos comuns de autocuidado que as pessoas com doença crónica devem adotar. Com que frequência você faz o seguinte?

**(assinale uma opção)**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Certifica-se que dorme o suficiente?	1	2	3	4	5
2. Tenta evitar ficar doente (por exemplo, faz vacina contra a gripe, lava as mãos)?	1	2	3	4	5
3. Faz atividade física (por exemplo, faz uma caminhada rápida, usa as escadas)?	1	2	3	4	5
4. Come alimentos específicos ou evita certos alimentos?	1	2	3	4	5
5. Mantém consultas regulares de acompanhamento em cuidados de saúde?	1	2	3	4	5
6. Toma medicamentos prescritos sem esquecer nenhuma dose?	1	2	3	4	5
7. Faz algo para aliviar o stress (por exemplo, meditação, yoga, música)?		2	3	4	5

**SECÇÃO B:**

A seguir estão listadas as coisas comuns que pessoas com doenças crónicas monitorizam. Com que frequência você faz o seguinte?

**(assinale uma opção)**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8. Monitoriza a sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
9. Monitoriza se apresenta efeitos colaterais da medicação?	1	2	3	4	5
10. Monitoriza mudanças na maneira como se sente?	1	2	3	4	5

11. Monitoriza se no dia a dia se cansa mais do que o habitual fazendo atividades nommais?	1	2	3	4	5
12. Monitoriza se tem sintomas?	1	2	3	4	5

13. Muitos doentes têm sintomas devido à doença ou ao tratamento da doença. A última vez que teve sintomas, com que rapidez percebeu que era um sintoma da sua doença?

- Nunca** tive um sintoma. Se marcar esta caixa, pule para a seção C abaixo.
- Eu tive um sintoma, **mas não o reconheci** como um sintoma da minha doença.
- Eu tive um sintoma e **reconheci-o** como um sintoma da minha doença. **(assinale uma opção)**
- Não reconheci rapidamente
  - Reconheci pouco rapido
  - Reconheci suficientemente rápido
  - Reconheci rápidamente
  - Reconheci imediatamente

### SECÇÃO C:

Em baixo estão listados os comportamentos que as pessoas com doença crónica utilizam para controlar seus sintomas.

**Quando tem sintomas, qual é a probabilidade de adotar um destes comportamentos?**

(assinale uma opção)

	Improvável	Quase imrovável	Pouco Provável	Provável	Muito Provável
14. Mudar o que come ou bebe para que o sintoma diminua ou desapareça?	1	2	3	4	5
15. Mudar o seu nível de atividade (por exemplo, diminuir o ritmo, descansar)?	1	2	3	4	5
16. Tomar um medicamento para fazer o sintoma diminuir ou desaparecer?	1	2	3	4	5
17. Informar o profissional de saúde sobre o sintoma na próxima consulta?	1	2	3	4	5
18. Ligar para o profissional de saúde para pedir orientação?	1	2	3	4	5

19. Pense no tratamento que utilizou da última vez que teve sintomas. O tratamento que utilizou fê-lo sentir-se melhor?

(assinale uma opção)

	Não fiz nada	Não tenho certeza	Tenho pouca certeza	Tenho quase certeza	Tenho certeza	Certeza absoluta
O tratamento que usou fez com que se sentisse melhor?	0	1	2	3	4	5

#### SECÇÃO D: ESCALA DE CONFIANÇA DO AUTOCUIDADO

Em geral, o quanto se sente confiante de ser capaz.

(assinale uma opção)

	Não estou confiante	Um pouco confiante	Confiante	Muito Confiante	Extremamente Confiante
20. Manter-se <u>estável e livre de sintomas?</u>	1	2	3	4	5
21. <u>Seguir o tratamento</u> que lhe foi <u>aconselhado?</u>	1	2	3	4	5
22. <u>Persistir</u> em seguir o tratamento mesmo quando é difícil?	1	2	3	4	5
23. <u>Monitorizar</u> o seu estado de saúde frequentemente?	1	2	3	4	5
24. <u>Persistir</u> na monitorização frequente da sua saúde mesmo quando for difícil?	1	2	3	4	5
25. <u>Reconhecer mudanças</u> na sua saúde quando ocorrerem?	1	2	3	4	5
26. <u>Avaliar a importância</u> dos seus sintomas?	1	2	3	4	5
27. <u>Fazer alguma coisa</u> para aliviar os seus sintomas?	1	2	3	4	5
28. <u>Persistir</u> em encontrar uma medida terapêutica para os seus sintomas, mesmo quando for difícil?	1	2	3	4	5
29. <u>Avaliar</u> se a medida terapêutica funciona?	1	2	3	4	5

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTE QUESTIONÁRIO!

# WHOQOL-BREF



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version.

## DADOS PESSOAIS

**A1 Idade**  anos

**A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A3 Sexo**  Masculino  
 Feminino

**A4 Escolaridade**

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> anos	<input type="checkbox"/>
5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> anos	<input type="checkbox"/>
7 <sup>o</sup> -9 <sup>o</sup> anos	<input type="checkbox"/>
10 <sup>o</sup> -12 <sup>o</sup> anos	<input type="checkbox"/>
Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

**A5 Profissão**

**A6.1 Freguesia**

**A6.2 Concelho**

**A6.3 Distrito**

**A7 Estado Civil**

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

**B1a** Está actualmente doente? Sim  Não

**B1b** Que doença é que tem? \_\_\_\_\_

**B2** Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**B3** Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

### C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

### D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

---

---

---

---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

### Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<b>2 (G4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança na sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
<b>10 (F2.1)</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
<b>15 (F9.1)</b>	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25 (F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

## ANEXO 3- Escala visual analógica da Dor

### ***Escala Visual Analógica***

Sem Dor _____ Dor Máxima
--------------------------

fonte: Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003

## ANEXO 4- Escala de risco de queda de Morse

### **Anexo II – ESCALA DE QUEDAS DE MORSE, Versão portuguesa**

A escala de Quedas de Morse integra seis itens: (1) história anterior de queda; (2) existência de um diagnóstico secundário; (3) ajuda para caminhar; (4) terapia intravenosa; (5) postura no andar e na transferência; (6) estado mental:

- a) Os itens 1, 2, 4 e 6 são medidos numa escala dicotómica Não/Sim em que “Não” toma sempre o valor zero e “Sim” o valor 15 (nos itens 2 e 6), 20 (no item 4) ou 25 (no item 1) <sup>6,7</sup>;
- b) O item 3 tem como respostas possíveis “Nenhuma/ajuda de profissional/cuidador /acamado/cadeiras de rodas” (0), “Muletas/canadianas/bengala/andarrilho” (15) ou “Apoia-se no mobiliário para andar” (30). Por fim, o item 5 tem como respostas possíveis “Normal/acamado/imóvel” (0), “Debililitado” (10) e “Dependente de ajuda” (20) <sup>6,7</sup>;
- c) A pontuação total da Escala de Quedas Morse varia entre 0 e 125 pontos e as pessoas são discriminadas em função da sua pontuação <sup>6,7</sup> em (Nível de Evidência III, Grau de Recomendação B):
  - i. Sem risco (0 e  $\leq$  24 pontos);
  - ii. Baixo risco ( $\geq$  25 e  $\leq$  50 pontos);
  - iii. Alto risco ( $\geq$  51 pontos).

**Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa**

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

fonte: Norma nº 008/2019 de 09/12/2019

## APÊNDICES

APÊNDICE 1- Indicador de avaliação da aceitação do estado de saúde

<b>Avaliar aceitação do estado de saúde</b>	<b>Não demonstra</b>	<b>Demonstra</b>
Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde		
Abandono do conceito da condição de saúde anterior		
Reações/ sentimentos/crenças positivas perante a nova condição de saúde		
Reconhece/ consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde		
Motivação/envolvimento/procura informação com vista a enfrentar condição de saúde		
Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde		

Fonte: Adaptado de Grupo Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem / CHUC - SIDE.

APÊNDICE 2- Indicador de avaliação do conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

<b>Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor</b>	<b>Não demonstra</b>	<b>Demonstra</b>
Conhecimento sobre dor		
Conhecimento sobre complicações		
Conhecimento sobre avaliação da dor		
Conhecimento sobre prevenção da dor		
Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico		
Estratégias não farmacológicas		

Fonte: Adaptado de Grupo Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem / CHUC - SIDE.

## A implementação da técnica ISBAR numa Unidade de Convalescença: um projeto de melhoria continua

Ana Rosete de Oliveira  
 Instituto Português de Oncologia de Coimbra; 3427@ipocoimbra.min-saude.pt  
 Liliana Ramalho Gonçalves  
 ULS Coimbra; 41104@ulscoimbra.min-saude.pt

### Introdução

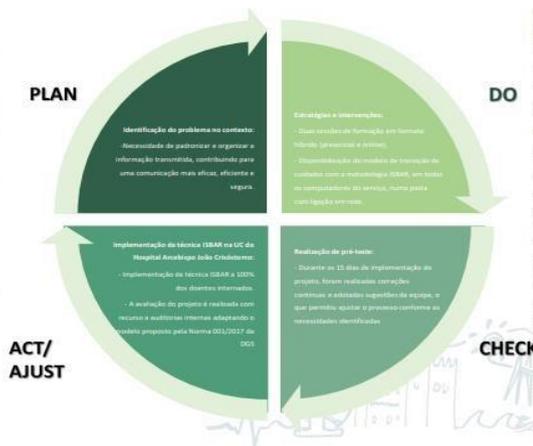
Segundo a Joint Commission, as falhas de comunicação eram os eventos que mais potenciavam a ocorrência de eventos adversos tornando recomendação internacional o recurso a uma ferramenta de comunicação (Felipe et al., 2022; Figueiredo et al., 2020).

O PNS 2021-2026, refere a comunicação como um pilar fundamental na segurança do doente, em especial em momentos de transição, devendo as instituições de saúde proceder à implementação de procedimentos normalizados para que a informação partilhada entre os profissionais seja a mais precisa evitando quebras na continuidade dos cuidados (DGS, 2021)

### Objetivos

- Capacitar os enfermeiros da unidade de convalescença para a implementação da técnica de comunicação ISBAR;
- Padronizar padrões de comunicação, clarificando e otimizando a informação de saúde transmitida entre os profissionais de enfermagem;
- Produzir instrumentos de apoio ao desenvolvimento e implementação do projeto.

### Referências Bibliográficas



### Métodos

Metodologia de projeto tendo por referência o Ciclo de Deming (PDCA).

### Discussão/Conclusão

Este projeto contribuiu significativamente para resolver a problemática identificada, com impactos positivos na segurança do utente, qualidade dos cuidados prestados e redução de eventos adversos. Além disso, promoveu um ambiente de aprendizagem contínua dentro da equipa de enfermagem, fortalecendo as competências e o trabalho colaborativo.

A passagem de turno é um momento formal de transmissão da informação na prática de cuidados de enfermagem, sendo a ferramenta ISBAR essencial para padronizar a comunicação e promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

**I CONGRESSO INTERNACIONAL DO NEEMC DA ULSBM  
INTERVIR PARA VALORIZAR**

21 e 22 de janeiro de 2025  
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz



**MODELO PARA RESUMO DE E-POSTERS**

**Autores**

Oliveira, Ana Rosete; Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Serviço de Especialidades Cirúrgicas I; [3427@ipocoimbra.min-saude.pt](mailto:3427@ipocoimbra.min-saude.pt);  
Gonçalves, Liliana; ULS Coimbra, Unidade de Convalescença; [41104@ulscoimbra.min-saude.pt](mailto:41104@ulscoimbra.min-saude.pt)

**Título**

A implementação da técnica ISBAR numa Unidade de Convalescença: um projeto de melhoria continua

**Introdução** (máximo de 80 palavras)

Segundo a *Joint Commission*, as falhas de comunicação eram os eventos que mais potenciavam a ocorrência de eventos adversos tornando recomendação internacional o recurso a uma ferramenta de comunicação (Felipe et al., 2022; Figueiredo et al., 2020).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, refere a comunicação como um pilar fundamental na segurança do doente, em especial em momentos de transição, devendo as instituições de saúde proceder à implementação de procedimentos normalizados para que a informação partilhada entre os profissionais seja a mais precisa evitando quebras na continuidade dos cuidados (DGS, 2021).

**Objetivo(s)** (máximo de 60 palavras)

- Capacitar os enfermeiros da unidade de convalescença para a implementação da técnica de comunicação ISBAR.
- Padronizar padrões de comunicação, clarificando e otimizando a informação de saúde transmitida entre os profissionais de enfermagem;
- Produzir instrumentos de apoio ao desenvolvimento e implementação do projeto;
- Realizar avaliação/auditoria periódica do uso da técnica ISBAR na transição de cuidados.

**I CONGRESSO INTERNACIONAL DO NEEMC DA ULSBM  
INTERVIR PARA VALORIZAR**

21 e 22 de janeiro de 2025  
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz



**Método(s)** (máximo de 100 palavras)

A elaboração deste projeto surge como resposta à necessidade de diminuir as perdas de informação e diminuir os erros devido a comunicação ineficaz entre os enfermeiros da Unidade de Convalescência.

Recorreu-se à metodologia de projeto tendo como base o Ciclo de Deming (Plan; Do; Check; Act/Adjust), identificando o problema no contexto e implementando estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.

Identificou-se a necessidade de padronizar e organizar a informação transmitida, contribuindo para uma comunicação mais eficaz, eficiente e segura.

Este projeto permitiu implementar a técnica ISBAR na equipa de enfermagem na Unidade de Convalescência do Hospital Arcebispo João Crisóstomo.

**Resultados** (máximo de 100 palavras)

Foram realizadas duas sessões de formação à equipa, em formato híbrido (presencial e online pela aplicação *Teams*). Posteriormente foi implementado o modelo de registo de passagem de turno criado com a metodologia ISBAR, disponível em todos os computadores do serviço, numa pasta com ligação em rede. Realizou-se um pré-teste durante 15 dias, permitindo a realização de correções e adotar sugestões da equipa perante a nova metodologia experimentada. Após o período experimental implementou-se a técnica ISBAR a 100% dos doentes internados.

A avaliação do projeto é realizada com recurso a auditorias internas adaptando o modelo proposto pela Norma 001/2017 da DGS.

**Discussão/Conclusão** (máximo de 80 palavras)

Este projeto permitiu solucionar uma problemática identificada, promovendo a segurança do doente, aumentando a qualidade da prestação de cuidados, diminuindo o risco de eventos adversos e promovendo a aprendizagem no seio da equipa de enfermagem.

A passagem de turno é um momento formal de transmissão da informação na prática de cuidados de enfermagem. O ISBAR é uma ferramenta que permite padronizar a comunicação em saúde, sendo reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

**Palavras-Chave**

“Comunicação”, “Enfermeiro”, “ISBAR”, “Transferência da Responsabilidade pelo Doente”

**I CONGRESSO INTERNACIONAL DO NEEMC DA ULSBM  
INTERVIR PARA VALORIZAR**

21 e 22 de janeiro de 2025  
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz



**Referências Bibliográficas**

Direção Geral de Saúde. (2017). Norma nº 001/2017 de 08 de fevereiro. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Direção-Geral da Saúde. (2021). Despacho n. 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Em *Diário Da República: 2.ª série*, n.187, 96–103.

Felipe, T. R. L., Spiri, W. C., Juliani, C. M. C. M., & Mutro, M. E. G. (2022). Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem - SBAR (Situation-Background- Assessment-Recommendation): validação e aplicação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0608pt>

Figueiredo, A. R. E., Ana, Potra, T. M. F. dos S., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32–48. <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2019.i49.03>