

#18

Enf^orm ação

Enfermagem em contínuo movimento

Ciência, Cuidado e **Continuidade**

ARTIGOS

- ▶ Literacia em saúde: contributo para melhorar a gestão do regime medicamentoso
Tânia Mendes, Helena Pestana, Carla Vigia
- ▶ Intervenções de Enfermagem em fim de vida numa unidade de queimados: uma *scoping review*
Rafael Alves Nunes, Elisabete Silva, Rita Pina
- ▶ Domínios dos Enfermeiros na investigação e ensaios clínicos: da prática assistencial à produção de evidência
Ana Sofia Fernandes, Helena Xavier, Anabela Dinis

Janeiro - Junho 2026 | ISSN 2182-8261



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

CONSELHO DIRETIVO

Cristina Amaral
Irina Cardoso
Helena Xavier
Ana Marinho
Carlos Clemente
[enformacao.direcao@gmail.com]

CONSELHO REDATORIAL

Cláudia Rodrigues
Helena Xavier
Isabel Mendes
Ivete Monteiro
Paula Duarte
[enformacao.cr@gmail.com]

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Marinho
Delmira Pombo
Luis Sousa
Maria das Neves Diniz
[enformacao.cc@gmail.com]

SEDE

Direção dos Serviços de Enfermagem
R. José António Serrano, 1150 Lisboa
Telefones 218 841 896 / 1573
Fax 218 864 616

DESIGN GRÁFICO

Integrated Resolutions
www.integratedresolutions.com

REVISTA DIGITAL

Periodicidade Semestral
ISSN 2182-8261



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Ser sócio

Ser Sócio da ACE representa benefícios para todos os enfermeiros do CHULC, EPE!

- > Inscrição em eventos científicos/formação organizados pela ACE, a preços reduzidos;
- > Acesso a programas exclusivos de apoio à formação/investigação em enfermagem;
- > Publicação de artigos científicos na revista ENFORMAÇÃO, com referenciação em vários meios;
- > Acesso exclusivo a literatura científica online, na área reservada de sócio e na biblioteca da ACE;
- > Participação gratuita em atividades institucionais promovidas pela Associação;
- > Utilização de descontos e outras regalias de Empresas/Instituições protocoladas;

e muito mais...

Saiba tudo em www.acenfermeiros.pt



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



PRESIDENTE ACE

Cristina Amaral

Enfermagem em contexto de transição organizacional: evidência, governação em saúde e criação de valor

Qual o papel a desempenhar pela Enfermagem num momento de transição organizacional? De que forma podem os enfermeiros contribuir de forma estruturada e sustentada para a criação de valor em saúde? Que práticas priorizar para promover a melhoria contínua dos sistemas de saúde?

Estas questões revelam-se particularmente pertinentes no momento atual de mudança institucional, marcado pela transição do Conselho de Administração da ULS de São José, a qual constitui uma oportunidade estratégica de reflexão, alinhamento e reforço dos mecanismos de governação em saúde.

Mais do que um período de transição organizacional, considero que estamos perante um tempo de redefinição de prioridades, de consolidação da importância da Evidência na prática clínica e de uma

orientação sistemática para resultados mensuráveis em saúde, centrados na qualidade, na segurança e no valor dos cuidados prestados.

Vivemos um tempo que exige transformação, e não apenas adaptação, implicando planeamento estratégico, rigor científico e capacidade de antecipação. A Enfermagem assume um papel central nos sistemas de saúde, não só pela sua proximidade ao doente, continuidade assistencial e capacidade de articulação interdisciplinar, mas também pelos valores da profissão, nomeadamente o compromisso ético, a responsabilidade profissional, a centralidade na pessoa e o respeito pela dignidade humana, os quais constituem a base da prática clínica e da tomada de decisão em saúde, sendo condição essencial para a promoção da qualidade, segurança e eficiência dos cuidados.

A crescente complexidade tecnológica, a centralidade dos cuidados na pessoa e na família e a crescente responsabilização profissional colocam em causa a definição estática de boas práticas, exigindo uma abordagem dinâmica sustentada numa cultura científica robusta de melhoria contínua. Esta deve assentar na monitorização sistemática e na auditoria dos cuidados, assegurando não apenas a qualidade e a segurança, mas também a transparência e a visibilidade do valor gerado pela prática de Enfermagem.


A valorização do capital humano assume-se como eixo estratégico fundamental. Defendo que o investimento contínuo na capacitação, no desenvolvimento profissional e no envolvimento das equipas é determinante para a qualidade dos cuidados, para a segurança do doente, para a eficiência organizacional e para a retenção de profissionais.

Um investimento estruturado em formação, incluindo metodologias como a da simulação, constitui um pilar essencial no desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, com impacto direto no desempenho das equipas.

A cultura de segurança do doente deve manter-se como referencial estruturante da prática clínica e organizacional. A promoção de ambientes que valorizem a comunicação aberta, a transparência e a aprendizagem com o erro, associada ao uso sistemático de indicadores e práticas de benchmarking, permite sustentar a melhoria contínua e orientar a tomada de decisão baseada na evidência.

Importa reconhecer que, apesar das condições estruturais, científicas e tecnológicas disponíveis, persiste um desfasamento entre o potencial instalado e a sua efetiva utilização. Superar este desalinhamento exige integração, valorização e responsabilização, promovendo uma cultura organizacional orientada para a participação ativa, para a adesão às melhores práticas e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Neste processo, a Enfermagem afirma-se não apenas como prestadora de cuidados, mas também como produtora de conhecimento, agente ativo na governação dos sistemas de saúde e interveniente na definição de políticas públicas. O seu contributo



O futuro dos sistemas de saúde constrói-se no presente, através do conhecimento, da liderança e da responsabilidade partilhada

é determinante para a construção de sistemas de saúde mais seguros, eficazes e sustentáveis.

Em síntese, os contextos de transição organizacional constituem oportunidades estratégicas para reforçar o alinhamento institucional, consolidar prioridades e reorientar práticas para resultados em saúde mensuráveis. Mais do que momentos de mudança, representam uma oportunidade de afirmação do papel da Enfermagem na criação de valor em saúde, sustentado no conhecimento, na responsabilidade profissional e nos valores que estruturam a profissão.



ACE

25 anos a crescer,
sempre fiéis e orgulhosos dos nossos princípios

MISSÃO

Promover projetos de formação inovadores, de qualidade e de valor sustentável que contribuam para a maximização do potencial humano e para o crescimento da Instituição.

VISÃO

Conhecer e antecipar as expectativas e necessidades de formação dos enfermeiros da ULS S. José;

Promover a qualificação profissional dos seus sócios;

Garantir o valor sustentável dos seus projetos formativos para o crescimento pessoal, social e organizacional;

Desenvolver parcerias com valor acrescentado.

VALORES

Pelo prestígio adquirido desde a sua fundação, através da qualidade e inovação das suas iniciativas/atividades;

Pela integridade e confidencialidade dos seus colaboradores que se regem por princípios de ética, lealdade, profissionalismo, respeito e reserva dos dados;

Pela inovação e qualidade das suas iniciativas/atividades mediante a criação de valor acrescentado contribuindo para a maximização do potencial humano e profissional dos seus sócios;

Pela responsabilidade social ao promover a qualificação profissional, a melhoria das competências e conhecimentos dos seus sócios.



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



ULSSJOSÉ SEMPRE A MEXER

- 08** Resultados recorde e novas unidades em 2025
- 09** Implementação do RSE SIGA reforça a continuidade dos cuidados de Enfermagem
- 10** Rádio Aurora – onde a liberdade é terapêutica e a inclusão tem voz
- 12** ULS São José abre primeiro Centro de Prevenção e Funcionalidade do SNS
- 13** ULS São José adquire robô cirúrgico dedicado à cirurgia da coluna
- 14** ULS São José cria segunda Equipa Comunitária de Saúde Mental
- 16** ULS São José é a primeira do país a ter todas as unidades hospitalares certificadas pela ACSA
- 17** ULS São José inicia tratamento inovador de miomas por radiofrequência via vaginal
- 18** Novo Conselho de Administração da ULS São José inicia funções



ENFERMAGEM NA ATUALIDADE

- 20** Consulta de enfermagem pós urgência da ULSSJosé



AGENDA

- 23** Eventos em destaque



ARTIGOS

- 24** Literacia em saúde: contributo para melhorar a gestão do regime medicamentoso
- 30** Intervenções de enfermagem em fim de vida numa unidade de queimados: uma *scoping review*
- 39** Domínios dos Enfermeiros na Investigação e Ensaio Clínicos: Da Prática Assistencial à Produção de Evidência



MARCAR A DIFERENÇA

- 50** Núcleo de Intervenção de Crise e Prevenção de Recaídas
- 52** A intervenção comunitária em saúde mental



EMPENHO

- 44** Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Conteúdos cedidos por:



Créditos da fotografia - Rodrigo Cabrita

Gabinete de Comunicação:

Resultados recorde e novas unidades em 2025

A ULS São José alcançou, em 2025, os melhores resultados de sempre na área da investigação, afirmando a sua estratégia de valorização da produção científica e da inovação.

Foi registado o maior número de artigos publicados da história da instituição: 579 trabalhos científicos (mais 71 do que no ano anterior), dos quais mais de 80% indexados na PubMed Central e 55% em revistas de elevado prestígio (quartis 1 e 2).

Destaca-se, igualmente, o aumento de 39% da receita em ensaios clínicos, com o alcance de mais de 647 mil euros.

O ano de 2025 ficou igualmente marcado pela criação de duas novas estruturas fundamentais: a Unidade para Promoção da Investigação (UPI), focada em captar financiamento externo; e a rede RAIZ-CSP, que já mobilizou 103 profissionais dos Cuidados de Saúde Primários para projetos científicos.

Luis Horta, coordenador do Centro de Investigação e Centro de Ensino, destaca **“o ‘espírito de equipa’ e empenho de todos os colaboradores e equipas de investigação, que superaram desafios logísticos e de recursos humanos para alcançar estes resultados”**.

No ano passado foi também obtida acreditação ACSA com nível de excelência na maioria dos referenciais avaliados.

Implementação do **RSE SIGA** reforça a continuidade dos cuidados de Enfermagem



... o RSE SIGA constitui uma ferramenta normativa e segura ...

A ULS São José deu início à implementação da fase 1 do RSE SIGA – Sistema Integrado de Gestão de Acesso, uma ferramenta digital, integrada no SClínico, que permite a referenciação estruturada de cuidados de Enfermagem entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, reforçando a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Integrado no SClínico e desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), o RSE SIGA constitui uma ferramenta normativa e segura que permite a transmissão atempada de informação clínica e funcional relevante no momento da transição de cuidados, nomeadamente aquando da alta hospitalar ou do acompanhamento em consulta de enfermagem.

Na fase inicial, a ULS São José avançou com a implementação do processo em unidades piloto, envolvendo a Consulta Externa do Hospital Curry Cabral, a UCSP Alameda e a USF Oriente, apoiadas por um grupo de trabalho multidisciplinar com representantes dos cuidados hospitalares e

dos cuidados de saúde primários, assim como da Unidade Local de Gestão do Acesso e da Área de Gestão de Sistemas e Tecnologia de Informação. Esta abordagem permitiu testar, monitorizar e otimizar o processo antes da sua expansão a outras unidades.

O novo modelo de referenciação promove uma comunicação mais eficaz entre enfermeiros, evita a interrupção de cuidados, contribui para a redução de reinternamentos evitáveis, por permitir a celeridade do acesso e envio digital de informação para os cuidados de saúde primários, e potencia uma utilização mais racional dos recursos do Serviço Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, reforça o papel autónomo do enfermeiro na gestão da transição de cuidados e na capacitação da pessoa, família e cuidador.

A implementação do RSE SIGA na ULS São José integra um conjunto de indicadores de estrutura, processo e resultado, que permitirão monitorizar o impacto da medida na qualidade assistencial.



Rádio Aurora – onde a liberdade é terapêutica e a inclusão tem voz

Os microfones são ligados por volta das três da tarde. Durante as próximas duas horas, a sala de reuniões da Unidade de Reabilitação Psicossocial da ULS São José – Hospital Júlio de Matos transforma-se num estúdio de rádio, e 12 utentes, em locutores. Hoje, a convidada é a cantora lírica Catarina Molder.

Mas já por aqui passaram profissionais de várias áreas. “A pessoa que eu mais gostei de entrevistar foi o David Erlich, que é professor de Filosofia. Também gostei de ouvir a Catarina Caria, sobre diplomacia e relações internacionais”, diz Rúben, que faz parte da Rádio Aurora há cerca de seis anos. “Sempre gostei muito de rádio. Sinto que me ajuda ao nível da comunicação com os outros, e também me permite explorar temas e ideias.”

Os dois microfones vão passando de mão em mão e, à vez, os participantes vão fazendo perguntas. Quando não há entrevistados, debatem um tema escolhido por todos. É assim às segundas e sextas. As partilhas são gravadas por Nuno Silva, um dos psicólogos que estiveram na origem da Rádio Aurora, e o resultado é, mais tarde, emitido em cerca de 15 estações de rádio FM do país, como a Antena 1 e a Rádio Voz da Planície. “É graças a estas estações e às suas equipas que o nosso trabalho faz um verdadeiro sentido comunitário”, explica Nuno Silva.

Começou o projeto em 2009, com Isabel Moura Carvalho e David Rodrigues, que se inspiraram num documentário que dava a conhecer a Rádio Nikosia, um projeto criado em Barcelona,

... A minha enfermeira disse que seria bom vir, para ocupar a cabeça.

em 2003, por pessoas com problemas de saúde mental. "Entusiasmámo-nos com esta possibilidade de intervenção, sobretudo porque parecia conter uma resposta que transcendia o profundo isolamento, o silêncio e a exclusão social que testemunhávamos nas pessoas que viviam no hospital onde trabalhávamos, o Hospital Miguel Bombarda", conta. Foi, aliás, em Espanha que a Rádio Aurora começou a ser ouvida. "A convite desse mesmo projeto, que generosamente abriu um espaço regular dentro das duas horas de emissão que tinha na Rádio Contrabanda FM."

O primeiro programa da Rádio Aurora em Portugal foi sobre um tema que define toda a sua ação: a liberdade. "Nada do que fazemos possui uma natureza obrigatória. Quer a frequência, quer a participação ao longo do programa são decisões voluntárias de cada elemento da equipa. Na criação dos nossos programas semanais, todas as decisões, escolhas de convidados e temas são feitas de modo democrático pela equipa". Ana Paula, que participa há quase um ano, confirma. "A minha enfermeira disse que seria bom vir, para ocupar a cabeça. Falei com o dr. Nuno e ele disse que eu era bem-vinda! Fui muito bem recebida." O seu programa favorito foi sobre jardinagem.

"A proposta de atividades ou intervenções com uma intenção terapêutica ou reabilitativa deve incluir na sua definição, sempre que possível, a participação ativa das pessoas a quem aquelas se dirigem "; reforça Nuno Silva. "A participação na rádio foi construída de modo a atuar sobre elementos importantes do funcionamento mental que se encontram muitas vezes comprometidos em estados de sofrimento psíquico, como a capacidade de trabalhar

em equipa, de organizar o pensamento dentro de limites, de esperar, a necessidade de descentração de si e de imaginação do ouvinte a quem queremos chegar, o estímulo ao questionamento..."

Na verdade, todos são bem-vindos. De pincel na mão e ouvido atento, Lígia Fernandes foi prestando atenção e desenhando quem estava na sala. Está a fazer um doutoramento sobre arte e projetos comunitários. "Quando uma pessoa chega a um hospital psiquiátrico experiência uma espécie de separação da comunidade onde se encontrava, e o trabalho que aqui é feito tem o propósito de voltar a ligar a pessoa ao mundo. Não é um espaço que isola quem está cá dentro, é uma porta entre o hospital e o que se passa no mundo", partilha.

"A participação na Rádio é aberta a todos as pessoas, quer estejam internadas ou em ambulatório, assim como a qualquer outra que nos queira visitar, conhecer, fazer rádio connosco, tenha ou não um diagnóstico", explica Nuno Silva.

Um projeto aberto e livre, porque, como diz o psiquiatra italiano Franco Basaglia, "a liberdade é terapêutica".

Pode contactar a equipa da Rádio Aurora através do e-mail radio.aurora@hotmail.com



ULS São José abre primeiro Centro de Prevenção e Funcionalidade do SNS

Já se encontra em funcionamento o Centro de Prevenção e Funcionalidade da ULS São José, uma resposta pioneira a nível nacional que concentra, num único espaço, técnicas de rastreios, diagnóstico, consultas e intervenção terapêutica. Localizada na Unidade de Saúde de Sapadores, a unidade reforça a atuação dos Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de promover uma melhoria da funcionalidade ao longo da vida.

Na área dos rastreios e diagnóstico, o centro disponibilizará respostas em Cardiopneumologia (espirometria, monitorização ambulatória da pressão arterial e eletrocardiograma), rastreio de retinopatia diabética e rastreio visual infantil, com enfoque na deteção precoce.

No âmbito das consultas e intervenção terapêutica, integrará as áreas da Nutrição, com consultas individuais e programas comunitários; da Terapia Ocupacional, com avaliação funcional e intervenção em atividades de vida diária; da Terapia da

Unidade pioneira concentra resposta a várias áreas técnicas de diagnóstico e terapêutica

Fala, em articulação com a Saúde Escolar e com apoio à referenciação hospitalar; da Audiologia e da Consulta Ortopédica, dedicada ao rastreio e seguimento.

O centro assegurará ainda resposta em Fisioterapia, incluindo reabilitação músculo-esquelética e exercício terapêutico, bem como telereabilitação, com intervenção na reabilitação funcional respiratória.

“Este centro é mais um exemplo da aposta que te-

mos vindo a fazer no trabalho em proximidade e na intervenção na comunidade. Ao reforçar o acesso e a integração de cuidados, atuando na prevenção, vamos ter um impacto direto na funcionalidade e na qualidade de vida dos nossos utentes. Acreditamos que este deve ser o caminho para um Serviço Nacional de Saúde mais próximo e mais sustentável”, destaca Rosa Valente de Matos, presidente do Conselho de Administração da ULS São José.

A referenciação dos doentes para esta unidade é efetuada a partir dos Cuidados de Saúde Primários. Numa primeira fase, o Centro de Prevenção e Funcionalidade funcionará de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 16h00, estando previsto o alargamento do horário até às 20h00, quando o centro se encontrar em pleno funcionamento, com todas as respostas disponíveis.



ULS São José adquire **robô cirúrgico dedicado à cirurgia da coluna**

Novo sistema permite cirurgias mais precisas e seguras, com incisões menores, menos dor e um tempo de recuperação mais curto.

O Centro de Responsabilidade Integrado da Coluna (CRI Coluna) da ULS São José realizou, no dia 10 de dezembro, a primeira cirurgia com recurso a robótica. A intervenção foi efetuada com o novo sistema de orientação robótica para a cirurgia da coluna, sendo a ULS São José a primeira instituição da zona sul do país a dispor desta tecnologia. A cirurgia foi realizada numa doente, de 73 anos,

diagnosticada com uma fratura na coluna. Após três semanas acamada, sem sucesso nas tentativas de mobilização com colete, a doente deu entrada no bloco operatório para que lhe fossem colocados dez parafusos nos pedículos dorsais (estruturas ósseas que ajudam na estabilização da coluna). O recurso ao novo sistema de orientação robótica torna mais rigorosa a colocação

dos parafusos no local devido, reduzindo consideravelmente o risco de estes entrarem no canal medular.

Graças ao novo sistema, é possível realizar um planeamento pré-operatório preciso em 3D, com a escolha do comprimento e diâmetro exatos dos parafusos a aplicar em conformidade com a anatomia específica do doente. Para que isto seja possível, é realizado um TAC pré-operatório com um protocolo específico, que depois é trabalhado com o software que vem a acompanhar a robótica – sem necessidade de um controlo com raio-X durante toda a cirurgia, graças ao uso de infravermelhos. Desta forma, é reduzida a exposição da equipa cirúrgica e do doente a radiação.

O novo sistema é particularmente determinante nos casos em que a anatomia do doente está alterada, como nas fraturas da coluna, nas deformidades (escoliose e cifoses), nos tumores e nas infeções com destruição óssea. Permite, ainda, uma maior precisão nas regiões anatómicas mais difíceis de colocar parafusos.

“Como centro de referência para a patologia da coluna, a existência de robótica e navegação associada a este sistema é uma boa notícia para o

Serviço Nacional de Saúde, pois coloca o nosso país na vanguarda do que de melhor se faz na Europa e no Mundo. A robótica oferece a possibilidade de realizar procedimentos cirúrgicos de forma mais segura, permitindo também tratar doentes que não teriam resolução cirúrgica”, explica Nelson Carvalho, diretor do CRI Coluna da ULS São José.

Rosa Valente de Matos, presidente do Conselho de Administração, destaca que *“este é o terceiro robô cirúrgico da ULS, o que reforça o posicionamento da instituição como uma referência nacional na inovação, tendo sempre como foco a segurança do doente, a excelência clínica e a melhoria contínua”.*

Inaugurado a 2 de maio de 2023, o CRI Coluna da ULS São José é um centro de referência para toda a patologia cirúrgica da coluna. Realiza anualmente entre 800 e 900 cirurgias, das quais mais de metade são artrodeses (procedimento em que se colocam parafusos na coluna dos doentes, permitindo a fixação do segmento da coluna onde se encontra a patologia). Os cirurgiões de coluna são ortopedistas e neurocirurgiões dedicados a 100% à cirurgia da coluna, sendo por esse motivo uma equipa pioneira e exclusiva no SNS.

ULS São José cria segunda Equipa Comunitária de Saúde Mental

A ULS São José inaugurou, no dia 21 de Janeiro, a unidade onde ficará instalada a Equipa Comunitária de Saúde Mental de Lisboa Central (ECSM-LC), a segunda equipa desta ULS. O objetivo é melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados prestados, em cumprimento do modelo preconizado para a organização das equipas de ambulatório no âmbito dos Serviços Locais de Saúde Mental.

A ECSM-LC, que iniciou esta quarta-feira a sua atividade, prestará cuidados personalizados a utentes residentes em nove freguesias da cidade de Lisboa — Estrela, Campo de Ourique, Santo António, Misericórdia, Santa Maria Maior, São Vicente, Arroios, Penha de França e Beato —, abrangendo

uma população de cerca de 135 mil habitantes, em articulação com as dez unidades de Cuidados de Saúde Primários da ULS São José existentes nesta área geográfica.

Enquanto equipa de proximidade, a ECSM-LC adotará uma abordagem multidisciplinar e integrada, assegurando cuidados nas áreas da Psiquiatria, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social, incluindo a prestação de apoio domiciliário sempre que clinicamente indicado.

A sua intervenção ultrapassa a componente estritamente clínica, promovendo a articulação com



diversos agentes sociais, culturais e laborais, tanto ao nível das freguesias como ao nível municipal, com vista a uma melhor e mais plena integração dos utentes na comunidade.

A implementação deste modelo permitirá uma melhoria global dos cuidados prestados, traduzida, nomeadamente, na redução de internamentos, no reforço das ações de prevenção de recaídas e no aumento da funcionalidade e autonomia dos utentes com doença mental grave, que até ao momento eram maioritariamente acompanhados na ULS São José – Hospital Júlio de Matos.

“Este projeto insere-se na aposta que tem sido feita pela ULS São José na prestação de cuidados em ambulatório e no domicílio, indo ao encontro das necessidades dos nossos doentes. Por outro lado, promove o trabalho em rede com os agentes de comunidade, o que nos permite dar uma resposta mais ajustada e eficaz”, destaca Rosa Valente de Matos, presidente do Conselho de Administração da ULS São José.

Na inauguração, o psiquiatra responsável pela

equipa, Miguel Nascimento, realçou a importância da criação de *“pontos de proximidade para os utentes”*: *“Temos uma equipa motivada e um know-how de décadas de trabalho no Júlio de Matos [...] Esta é uma oportunidade para fazer mais e melhor e continuarmos a crescer”*.

A ECSM-LC funcionará no Hospital de Santo António dos Capuchos, nas antigas instalações da Consulta Externa de Oftalmologia, entretanto requalificadas com financiamento do Plano de Recuperação e Resiliência, estando em funcionamento nos dias úteis, entre as 08h30 e as 18h00.

A primeira ECSM da ULS São José, Equipa comunitária de Loures/Catujal, foi inaugurada dezembro de 2024.

A Unidade de Lisboa Central funcionará no HSAC



ULS São José é a primeira do país a ter todas as unidades hospitalares certificadas pela ACSA

A Unidade Local de Saúde (ULS) de São José alcançou um marco histórico no Serviço Nacional de Saúde ao obter a certificação ACSA (Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía), nível bom, para a totalidade das suas sete unidades hospitalares, tornando-se a única ULS em Portugal com todos os hospitais certificados por este referencial internacional de qualidade.

Este reconhecimento, atribuído pela Resolução do Comité de Certificação, representa um feito de elevado relevo institucional, refletindo um percurso sustentado de compromisso com a qualidade, a melhoria contínua, a excelência clínica e organizacional, a investigação e inovação, a segurança do doente, dos profissionais e das instalações.

A certificação ACSA avalia, de forma rigorosa, di-

mensões como a centralidade no cidadão, a efetividade clínica, a gestão por processos, a cultura de segurança, a investigação, a inovação e o desenvolvimento profissional, exigindo elevados padrões de desempenho e maturidade organizacional.

A certificação das sete unidades hospitalares resulta de um trabalho articulado e consistente entre o Gabinete de Gestão de Programas da Qualidade (GGPQ), os profissionais de saúde, as equipas de gestão intermédia e a liderança estratégica da ULS São José, assente numa visão integrada do sistema, que se baseia num modelo comum de governação clínica e organizacional, na harmonização de práticas e na consolidação de uma cultura organizacional orientada para resultados em saúde e valor para o cidadão.

Ao alcançar este patamar enquanto primeira ULS a ser certificada (unidades hospitalares), a ULS São José reafirma o seu posicionamento como instituição de referência nacional na área da qualidade em saúde, reforçando a confiança dos cidadãos, dos profissionais e dos parceiros institucionais, e assumindo um papel ativo na promoção de cuidados de saúde seguros, eficientes e centrados nas pessoas.

O Conselho de Administração reconhece e agradece o empenho de todos os profissionais, nomeadamente da Equipa do GGPO, lideranças intermédias e equipas de apoio que tornaram possível este feito, reafirmando o compromisso de continuar a investir na qualidade, na inovação e na valorização das pessoas e contribuindo ativamente para a melhoria do Serviço Nacional de Saúde.



ULS São José **inicia tratamento inovador de miomas** por radiofrequência via vaginal

A ULS São José – Maternidade Alfredo da Costa (MAC) iniciou, no dia 9 de janeiro, a realização do tratamento de miomas uterinos por radiofrequência via vaginal. Este passo representa um avanço importante na abordagem desta patologia ginecológica, que afeta um grande número de mulheres em idade reprodutiva.

A radiofrequência de miomas por via vaginal surge como uma alternativa inovadora, segura e minimamente invasiva. O procedimento é realizado por via vaginal, com controlo ecográfico, permitindo tratar os miomas sem incisões externas. Através da aplicação de energia de radiofrequência, o mioma é destruído de forma controlada, conduzindo à sua redução progressiva e à melhoria dos

sintomas.

Este método destaca-se por apresentar várias vantagens para as doentes: menor agressão ao organismo, redução do risco de complicações, menor tempo de internamento e uma recuperação mais rápida, permitindo um regresso mais célere às atividades do dia a dia. Este método evita cicatrizes uterinas, o que pode ser particularmente relevante para mulheres que desejam manter a sua fertilidade.

Com o início desta técnica, a ULS São José reforça o seu compromisso com a inovação, a excelência clínica e a disponibilização de opções terapêuticas modernas, seguras e centradas na qualidade de vida das mulheres.

O início desta atividade na MAC contou com a presença de Vitória Rey, especialista em ginecologia e obstetria, responsável pelo desenvolvimento deste método.



Novo Conselho de Administração da ULS São José inicia funções

O novo Conselho de Administração (CA) da ULS São José, presidido por Miguel Paiva, iniciou hoje funções, na sequência da publicação em Diário da República da Resolução do Conselho de Ministros n.º 31/2026, datada de 23 de fevereiro.

Nomeado para um mandato de três anos, o Conselho de Administração integra cinco vogais executivos: Eduardo Castela, Teresa Fernandes, Luís

Campos Pinheiro (diretor clínico para os cuidados de saúde hospitalares), Miguel Ferreira (diretor clínico para os cuidados de saúde primários) e Susana Ramos (enfermeira diretora).

“Reconhecendo o esforço, a dedicação e o trabalho desenvolvido por quem nos antecedeu — e a quem a instituição muito deve — importa agora colocar os nossos olhos no futuro. Um futuro que queremos

construir com base na valorização dos profissionais, na qualidade e diferenciação dos cuidados que prestamos, na inovação organizacional e clínica, na investigação de vanguarda, na sustentabilidade e numa humanização cada vez mais afirmada dos nossos serviços”, destaca Miguel Paiva, presidente do Conselho de Administração.

O novo CA pretende reforçar o papel da ULS São José como referência nacional, consolidando a integração de cuidados e colocando sempre os utentes e os profissionais no centro da sua ação.



Estamos sempre consigo!



FAÇA LIKE | SIGA-NOS | CONVIDE OS COLEGAS | PARTILHE



Consulta Pós Urgência de Medicina Interna, uma resposta inovadora nos cuidados de saúde.

Artur Marona Beja, Enfermeiro especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ana Cristina Tomaz, Enfermeira especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ana Sofia Fernandes, Enfermeira.

Este artigo de divulgação, centrado na atividade de enfermagem, visa fazer uma resenha para dar a conhecer a estrutura e atividade da Consulta Pós Urgência (CPU) de Medicina Interna (MI) ao longo destes seis anos de existência.

Os dados de caracterização da atividade apresentados são extraídos do Sistema Informático Hospitalar (SONHO V2) de forma pseudonimizada, não sendo recolhidos dados sensíveis o que dispensa o pedido de consentimento informado.

Preâmbulo

Com a demografia a indicar um envelhecimento da população¹ e o conseqüente aumento da dificuldade da gestão dos processos de saúde,

resultante da maior complexidade das doenças crónicas, das respostas à doença subaguda, aguda ou à doença crónica agudizada, surgiu a necessidade de encontrar respostas inovadoras nos sistemas de saúde.

Em 2019 no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC), hoje parte integrante da Unidade Local de Saúde São José (ULSSJ), deu-se início à criação de uma resposta que tem como objetivo proporcionar um controlo imediato após Episódio de Urgência (EpUrg), às pessoas que têm necessidade desse controlo, privilegiando as respostas em ambulatório, com a criação de uma consulta que se designou de Consulta Pós Urgência (CPU)



Os encaminhamentos após CPU privilegiam as respostas em ambulatório ...

de Medicina Interna (MI), localizada no Pavilhão das Consultas Externas do Hospital de S. José.

A CPU de MI enquadra-se no âmbito da especialidade da MI visando criar-se uma rede de articulação entre as equipas de MI da Urgência Geral Polivalente (UGP), as Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados Continuados (UCC), Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) e as respostas mais adequadas para cada situação existentes na unidade de MI hospitalar.

O Processo

Os doentes devidamente identificados e sinalizados pela equipa de MI da UGP, de acordo com critérios de referenciação, têm alta da UGP com pedido de CPU com a informação de que serão contactados telefonicamente por um Enfermeiro CPU. Este procedimento constitui uma consulta sem a presença do utente, efetuado nas primeiras 24 a 72 horas após atendimento na UGP, com o objetivo de efetuar uma reavaliação/vigilância de acompanhamento da situação clínica.

Foram definidos três critérios de referenciação para a CPU: (1) Necessidade de avaliação da situação clínica nos primeiros 3 dias após observação na UGP; (2) Capacidade cognitiva demonstrada e/ou executiva do utente e/ou cuidador, para adesão ao regime terapêutico; (3) Existência de contacto telefónico autorizado, válido e efetivo.

Em cada uma das situações e após revisão dos processos dos doentes referenciados, pela equipa médica e de enfermagem da CPU, é agendada uma consulta médica para avaliação e resolução imediata do pedido, ou é agendada uma consulta não presencial (consulta telefónica) de enfermagem com vista à gestão do episódio.

A consulta telefónica de enfermagem dará origem uma das seguintes indicações (1) Agendamento de CPU médica presencial ou não presencial; (2) Orientação para um novo atendimento na UGP; (3) Manutenção dos cuidados em âmbito do domicílio, ou de outra estrutura onde a pessoa resida.

Consulta não presencial de enfermagem

A consulta não presencial de enfermagem é estruturada num documento – *Guião do Contacto Telefónico de Acompanhamento de Enfermagem*² –, e visa o acompanhamento/seguimento de cada utente, partindo do diagnóstico de alta e proposta terapêutica médica tendo em conta a situação de saúde, doenças preexistentes e o grau de dependência para o autocuidado.

Foram definidos como focos de intervenção de enfermagem: (1) avaliar o estado clínico do utente, se necessário com colaboração com cuidador; (2) identificar principais problemas e sinais precoces de gravidade; (3) controlo de sinais e sintomas; (4) conhecimento do utente/cuidador sobre o regime medicamentoso; (5) identificar a capacidade para o utente/cuidador gerir o regime medicamentoso; (6) aconselhamento/orientação do utente face à evolução da situação.

A atividade

A CPU de MI inicia em fase projeto a sua atividade a 18 de novembro de 2019. Em março de 2020 a OMS declara o início da pandemia Covid19 que termina formalmente a 5 de maio de 2023³, condicionando as práticas das atividades assistências em saúde.

O acréscimo exponencial de utentes provenientes durante o período COVID-19, mais de 5462 utentes contactados, dificulta uma análise detalhada do verdadeiro impacto da CPU na organização. Assim, optamos por apresentar os dados referentes desde 1 de janeiro 2023 a 31 de outubro de 2025.

Neste período foram efetuadas 6320 consultas médicas e 9269 consultas de enfermagem de primeira vez. Acrescem 6509 consulta de enfermagem subsequentes para acompanhamento e consolidação da situação.

Articulação de cuidados

A todos os Utentes/cuidadores contactados/ava-

liados é disponibilizado o telefone da CPU para apoio à situação que originou o EpUrg, até à sua resolução ou acompanhamento por outra estrutura de cuidados de saúde.

Os encaminhamentos após CPU privilegiam as respostas em ambulatório, tais como acompanhamento habitual em UCSP/médico assistente, consultas de especialidades médicas e/ou Hospital Dia do Serviço de Medicina 1/Insuficiência Cardíaca.

Em situações de agravamento e/ou necessidade de avaliação complementar diferenciada, os utentes são encaminhados para o serviço de urgência com respetiva nota de transferência e/ou contacto com a equipa da UGP.

Na gestão de cuidados/tratamentos com necessidade de internamento existe uma relação muito estreita com a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) na referenciação destes utentes, que preenchendo critérios/condições de internamento nesta modalidade evita um retorno à UGP para se efetivar um internamento.

Aos utentes com cuidados de saúde ativos por equipas de enfermagem da comunidade (USCP, USF, RNCCI, Unidades de Apoio Domiciliário da SCML ou ERPI) é solicitado o contacto com o enfermeiro que acompanha o Utente. Quando o contato é efetivado é feita formalmente a transferência de cuidados, ficando toda a estrutura da CPU à disposição para consultadoria até à resolução do quadro.

Nota final

Ao longo da existência desta estrutura, com um objetivo claro e conhecido dos intervenientes, verifica-se que a articulação de cuidados entre a UGP e as estruturas mais adequadas a cada situação são efetivas e com ganhos para todos, em especial para um cuidado centrado no Utente como é a política organizacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 2021, INE: Censos. In: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21
2. 2019, Beja A, Dias MJC. CONSULTA PÓS URGÊNCIA - Proposta de criação. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.
3. Andrade, A., Chaves, C., Coutinho, E., Cruz, C., Dionísio, R., & Nel2023, WHO: "Coronavirus disease (COVID-19) pandemic". In: <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>.

2026

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO

12 DE MAIO

**OS NOSSOS
ENFERMEIROS.
O NOSSO
FUTURO.**

Eventos em destaque

▶ **25 e 26/03/2026** | Congresso Nacional de Enfermagem 2026

O Congresso Nacional de Enfermagem, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, vai realizar-se no Auditório Municipal Ruy de Carvalho

De acordo com a Associação, o evento vai reunir "profissionais, estudantes e especialistas num encontro dedicado ao futuro da profissão" e serão abordados temas relacionados com o ensino e a investigação, bem como com modelos dos Serviços de Saúde e Organização do trabalho.

Contacto: apenfermeiros@gmail.com

▶ **26 e 27/03/2026** | VII Congresso Nacional da AUCC

Sob o lema "Investigação em Contexto Comunitário", o VII Congresso Nacional da AUCC da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade, visa promover a "reflexão interdisciplinar, a troca de experiências e a construção coletiva de propostas e recomendações".

Informações em: www.aucc.pt

▶ **26 a 28/03/2026** | 1º Congresso Internacional de Reabilitação Respiratória

A Comissão de Trabalho de RR da SPP pretende, com esta iniciativa, dar o primeiro passo naquilo que acredita ser o início de uma reunião científica anual de excelência, multidisciplinar e internacional. O 1º Congresso Internacional de Reabilitação Respiratória (CIRR), irá decorrer no Montebelo Vista Alegre Ilhavo Hotel,

Mais informações em: <https://www.aper.pt/1o-congresso-internacional-de-reabilitacao-respiratoria-26-a-28-marco-2026/>

▶ **15 a 17/04/2026** | XXII Congresso Nacional da AESOP

Sob o lema "Inovar para Educar, Educar para Transformar" o XXII Congresso Nacional da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações, decorrerá no Europarque, em Santa Maria da Feira.

Informações em: <https://aesop-enfermeiros.org/xxii-congresso-nacional-da-aesop/>

▶ **20 a 22/04/2026** | IV Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação

Promovido pela ACE, o Congresso realiza-se no Hotel Ramada em Lisboa e tem como objetivo principal, promover o intercâmbio de conhecimentos em cuidados respiratórios no âmbito da enfermagem de reabilitação.

Informações em: www.acenfermeiros.pt

▶ **15 e 16/05/2026** | VII Congresso dos Enfermeiros

O VII Congresso dos Enfermeiros realiza-se no Pavilhão Multiusos de Gondomar.

Informações em: www.ordemenfermeiros.pt

▶ **28 a 30/05/2026** | VII Congresso Internacional de Saúde Familiar

O Congresso promovido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar realiza-se na Universidade do Algarve, em Faro.

Informações em: <https://spesf.pt/>.



Literacia em saúde: contributo para melhorar a gestão do regime medicamentoso

BIOGRAFIA

Tânia Mendes, enfermeira, Mestre em Gestão de Serviços de Enfermagem, especialista em Enfermagem Comunitária. Unidade de internamento Cirurgia E, ULS S. José, Lisboa, Portugal. ID – 0009-0002-0732-1870. tania.mendes@ulssjose.min-saude.pt

Helena Pestana, enfermeira gestora, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, especialista em Enfermagem de Reabilitação. Unidade de internamento Cirurgia E, ULS S. José, Lisboa, Portugal. ID – 0000-0001-7804-2989. helena.pestana@ulssjose.min-saude.pt

Carla Vígia, enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, Mestre em Gestão de serviços de saúde. Unidade de internamento Cirurgia E, ULS S. José, Lisboa, Portugal. ID – 0000-0001-5522-2071. carla.vigia@ulssjose.min-saude.pt

RESUMO

Introdução: Muitas pessoas hospitalizadas não conseguem identificar os medicamentos que utilizam. Este projeto visa melhorar as competências da gestão da medicação destas pessoas.

Objetivo: Melhorar o conhecimento das pessoas sobre a gestão do regime medicamentoso e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da literacia em saúde na gestão da medicação.

Metodologia: Utilizada metodologia de melhoria contínua da qualidade, com revisão da literatura. Efetuada formação à equipa de enfermagem

para utilizar a lista de medicação de procedimento multisectorial da organização.

Resultados: Foram incluídas 15 pessoas, 73% do sexo masculino, com idades entre 70-79 anos (40%). O diagnóstico "Gestão do regime terapêutico" estava ativo em 70% dos processos, sendo que 20% incluíram avaliação da intervenção e finalização do diagnóstico. A avaliação a longo prazo não foi possível por ausência de novos internamentos.

Discussão: A educação para a saúde melhora o controlo do regime terapêutico, gerando ganhos de saúde e reduzindo custos associados à não adesão.

Conclusão: A literacia em saúde capacita as pessoas na gestão da medicação, melhorando o controlo das doenças crónicas e a qualidade de vida. Os enfermeiros desempenham um papel central e o internamento representa uma oportunidade de intervenção.

INTRODUÇÃO

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem enfrentado inúmeros desafios nos últimos anos, sendo o envelhecimento da população e a pressão financeira os mais evidentes. Estas dificuldades exigem que os profissionais de saúde adotem novas abordagens para manter elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados aos doentes e população em geral.

O envelhecimento demográfico tem como consequência o aumento das doenças crónicas não transmissíveis, multimorbilidade e a crescente complexidade de esquemas terapêuticos. Esta realidade evidencia a necessidade de uma intervenção sistemática dos profissionais de saúde a vários níveis, tanto na comunidade como nas instituições de saúde.

A dificuldade na gestão das doenças crónicas e da medicação, associada ao seu controlo, contribui para a perda da qualidade de vida da pessoa e da sua família, com repercussões a nível social e económico. Além disso, o não cumprimento do tratamento poderá conduzir ao aumento da taxa de internamentos e consequente aumento das despesas do sistema de saúde (1).

Neste sentido, torna-se necessário investir na Literacia em Saúde, definida como *“O conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida”* (2). Pessoas com níveis mais baixos de literacia apresentam piores resultados em saúde, manifestando dificuldades no cumprimento dos regimes terapêuticos, na adesão à medicação e na autogestão da sua doença (3).

Por outro lado, pessoas com maior literacia em saúde compreendem melhor como prevenir doenças, adotar comportamentos de saúde e ge-

rir melhor a sua doença crónica. Além disso, demonstram maior consciência dos riscos associados ao uso inadequado e à adesão incorreta da medicação. Assim, pessoas com mais literacia em saúde, estão mais capacitadas na gestão do seu processo de saúde, obtendo melhores resultados em saúde, menor necessidade de internamentos hospitalares e uma maior qualidade de vida (4).

Estudos realizados em Portugal sobre a literacia em saúde vêm demonstrar a necessidade de promover o aumento dos níveis de literacia na população portuguesa, a fim de alcançar maiores ganhos em saúde (4).

Neste sentido, os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, têm um papel relevante na adoção de estratégias educacionais, para melhorar a literacia em saúde dos seus doentes.

Estas estratégias incluem o desenvolvimento de competências comunicacionais, a avaliação do nível de literacia em saúde do doente e o conhecimento detalhado sobre o seu regime medicamentoso.

PROBLEMÁTICA

A intervenção do enfermeiro centra-se na identificação de necessidades de cuidados de saúde da pessoa, de forma individualizada e personalizada, procurando assegurar o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, contínuos e ajustados às suas especificidades. O objetivo é promover a prevenção, proteção e melhoria da saúde em diferentes contextos.

A Cirurgia E constitui-se como uma unidade de internamento cirúrgico de curta duração, com elevado *turnover*, que conjuga dois circuitos de admissão:

- Internamento (uma demora média de 24 a 72 horas);
- Ambulatório (pernoita, internamento inferior a 23 horas).

Esta unidade recebe doentes com diversas condições clínicas, abrangendo múltiplas especialidades cirúrgicas e procedimentos de radiologia de intervenção. A maioria dos doentes são foro oncológico, sendo, portanto, portadores de doenças prolongadas e frequentemente polimedicados.

No momento da admissão na unidade verificou-

-se que muitos doentes não trazem consigo a medicação habitual para o internamento e desconhecem diversos aspetos do seu regime medicamentoso, tais como a totalidade da medicação prescrita, a sua finalidade, potenciais efeitos secundários, contraindicações e as consequências de sobredosagem ou da omissão da toma.

Face a esta realidade, a equipa de enfermagem identificou a necessidade de reforçar a capacitação dos doentes para a autogestão do regime medicamentoso, incorporando essa preocupação na sua prática clínica.

Esta questão representou o ponto de partida para o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua no âmbito da gestão do regime medicamentoso, cuja implementação teve início em janeiro de 2024.

OBJETIVOS

Este estudo estabelece os seguintes objetivos:

- Capacitar a pessoa internada para uma gestão segura e eficaz do regime medicamentoso;
- Formar a equipa de enfermagem para promover e apoiar uma gestão adequada do regime medicamentoso;
- Melhorar a documentação de cuidados relacionados com a "Gestão de regime terapêutico", no processo clínico de cada pessoa internada, garantindo maior precisão e continuidade de cuidados.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos definidos, foi utilizado o instrumento de apoio à gestão do regime medicamentoso aprovado na Unidade Local de Saúde de S. José (COM.113). Este instrumento reflete a lista de medicação habitual realizada no domicílio, servindo como referência para orientar os ensinamentos realizados e constituir-se como uma ferramenta de apoio no regresso a casa da pessoa internada. Além disso, permite ainda, reforçar o conhecimento da pessoa sobre o seu regime medicamentoso, garantindo que a pessoa compreende, aceita e se responsabiliza pela sua gestão nos momentos de educação para a saúde, promovendo a autogestão segura da terapêutica.

Espera-se ainda que a pessoa traga consigo este

documento em futuras admissões hospitalares permitindo a continuidade dos cuidados e servindo como um indicador a longo prazo, da eficácia da implementação do projeto.

Foram realizados momentos de formação dirigidos à equipa de enfermagem, com foco na utilização de técnicas de comunicação em literacia da saúde nomeadamente *Teach-back*, *Show me*, *Chunk and check*. Paralelamente, foi promovida a capacitação da equipa para adequada documentação sistemática e estruturada no processo clínico, assegurando a rastreabilidade e continuidade dos cuidados prestados.

O projeto incluiu as pessoas internadas e/ou cuidador que, no momento da admissão, demonstraram incapacidade para identificar a medicação habitualmente utilizada no domicílio. Foram excluídas pessoas com alteração da capacidade cognitiva, que comprometessem a aprendizagem e a autogestão do regime medicamentoso.

De forma a monitorizar e avaliar a implementação do projeto foram definidos como indicadores de Estrutura:

- Existência de uma pasta partilhada com informação atualizada sobre literacia em saúde e gestão do regime medicamentoso;
- Existência Disponibilização de folhetos informativos para complementar os ensinamentos dirigidos aos doentes.

Como Indicadores de Processo, foram definidos:

- Percentagem da equipa de enfermagem formada sobre os registos no processo clínico eletrónico relacionados com a gestão do regime medicamentoso;
- Percentagem da equipa de Enfermagem sensibilizada acerca da aplicação de técnicas de comunicação que promovam a literacia em saúde;
- Taxa de doentes com o diagnóstico de enfermagem "Gestão do regime terapêutico" ativo;
- Taxa de doentes com o diagnóstico de "Gestão do regime terapêutico" ativo
- Percentagem de doentes com este diagnóstico que tenham pelo menos uma intervenção de enfermagem dirigida;
- Taxa de doentes com data de término do diag-

nóstico de enfermagem "Gestão do regime terapêutico";

- Percentagem de instrumentos de suporte/apoio à gestão do regime medicamentoso corretamente preenchidos;
- Taxa de Instrumentos de suporte/apoio à gestão do regime medicamentoso arquivados digitalmente no processo clínico dos doentes.

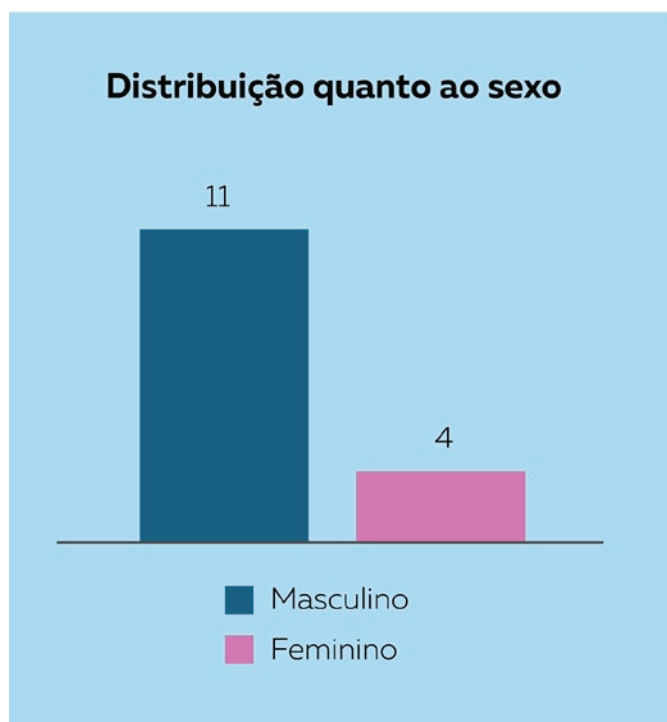
Como Indicador de Resultado, foi definido:

- Percentagem de doentes que em internamentos subsequentes, apresentam o documento de apoio à gestão do regime terapêutico.

RESULTADOS

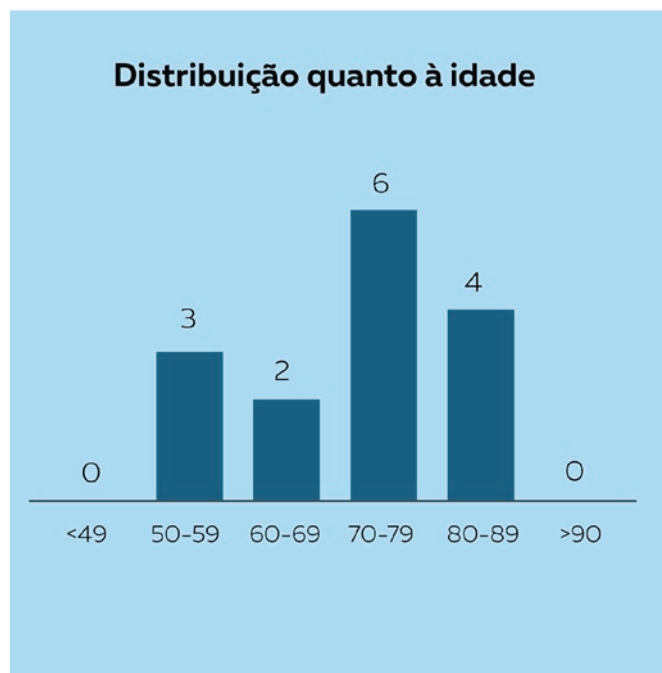
A presente análise corresponde aos resultados obtidos até 31/10/2024. Assim, foram incluídas 15 pessoas, 11 do sexo masculino e 4 do sexo feminino (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição por sexo



Relativamente à faixa etária, a maior percentagem corresponde a pessoas entre os 70 e os 79 anos de idade (num total de 6), seguido de pessoas entre os 80 e os 89 anos (num total de 4), 3 doentes com idades compreendidas entre 50 e 59 anos e 2 pessoas com idades dos 60 aos 69 anos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição por idade



Com o objetivo de garantir o acompanhamento contínuo destas pessoas ao longo dos diversos internamentos foi realizado o registo da informação processo clínico eletrónico. Dessa forma, a lista que serviu de base ao ensino fica permanentemente disponível para consulta, facilitando a continuidade dos cuidados. Após a realização de uma auditoria confirmou-se, que todos os documentos de suporte à gestão do regime terapêutico entregues se encontravam corretamente arquivados digitalmente.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem "Gestão do regime terapêutico", verificou-se que estava ativo em 70% dos processos clínicos analisados. No entanto, apenas 20% dos processos continham registos de avaliação da intervenção e dado término ao diagnóstico "Gestão do regime terapêutico".

Essa constatação evidenciou uma oportunidade de melhoria na avaliação da intervenção de Enfermagem, sendo definida no plano de ação para 2025 a necessidade de sensibilizar da equipa para uniformização do procedimento.

Desde a implementação do projeto até ao momento, nenhuma destas pessoas incluídas voltou a ser admitida na unidade para tratamento, o que impossibilitou, até agora, a avaliação do impacto

projeto a longo prazo.

DISCUSSÃO

O internamento hospitalar é um momento de grande stress para a pessoa e sua família. No entanto representa uma oportunidade para os profissionais de saúde avaliarem o conhecimento da pessoa sobre a sua doença crónica e o regime terapêutico, possibilitando o reforço das suas competências, o aumento do conhecimento em saúde e a melhoria da sua literacia.

Neste sentido, a intervenção dos enfermeiros é fundamental em todo o processo não apenas só pela relação de proximidade que estabelecem com a pessoa e a família, mas também pelo seu papel transversal todas as fases da transição saúde-doença. A recolha adequada de informação no momento de admissão nas unidades hospitalares, a transição de cuidados entre serviços e a alta para o domicílio, incluindo a articulação com instituições da comunidade, são aspetos essenciais para garantir a continuidade e a segurança dos cuidados. Para que essa seja eficaz, é imprescindível assegurar uma comunicação clara e estruturada entre as equipas prestadoras de cuidados, garantindo a segurança do doente (5).

Estudos sobre a gestão do regime medicamentoso revelam que uma percentagem significativa da população desconhece a razão da toma da sua medicação, bem como "a indicação e importância para o seu problema de saúde e nem dominam os aspetos relacionados com a toma segura" (6). Estes estudos destacam o enfermeiro como um profissional de referência na capacitação e empoderamento da população, especialmente da pessoa idosa no que respeita à gestão do seu regime medicamentoso.

Resultados semelhantes foram encontrados noutra estudo, onde se verificou que uma elevada percentagem de pessoas desconhece o nome dos medicamentos, identificando-os apenas pelo design da embalagem. Além disso, foi apontado que a baixa literacia relativa à medicação "pode comprometer a segurança do utente, como desencadear consequências graves no seu estado de saúde" (7).

Um facto comum entre os estudos analisados é que a população com idade superior 70 anos

apresenta maiores dificuldades na descrição o seu regime terapêutico. Diversos fatores contribuem para essa realidade, incluindo o baixo nível de escolaridade e a complexidade dos esquemas terapêuticos (associados à polimedicação). Diante deste cenário, torna-se evidente a necessidade de adaptar as estratégias de comunicação das equipas de saúde. Alguns autores (6) evidenciam a importância de as equipas de enfermagem aprofundarem os seus conhecimentos sobre os fatores que influenciam a compreensão da pessoa idosa em relação ao regime medicamentoso, permitindo uma abordagem mais eficaz e personalizada.

Durante a implementação do projeto a equipa de Enfermagem identificou algumas dificuldades na utilização do instrumento de apoio ao regime medicamentoso instituído na Unidade Local de Saúde de São José, uma vez que a excessiva quantidade de informação dificultava o seu preenchimento e compreensão. Assim, após análise e pré-teste procedeu-se a uma reformulação do documento, tornando-o mais simples e intuitivo.

A reformulação demonstrou ser eficaz, facilitando a compreensão da lista de medicação por parte das pessoas internadas, bem como a perceção da finalidade de cada prescrição, contribuindo para uma gestão mais segura e autónoma do regime terapêutico.

CONCLUSÃO

A gestão da doença crónica por parte de cada pessoa está diretamente relacionada com o conhecimento sobre a condição, a forma como compreende o processo de doença e a capacidade de utilizar os recursos disponíveis no sistema de saúde e comunidade.

A literacia em saúde desempenha um papel essencial nesse contexto, fornecendo as competências necessárias para uma gestão mais eficaz da doença crónica e contribuindo para melhoria na qualidade de vida da pessoa. Pessoas com níveis mais elevados de literacia em saúde estão mais capacitadas para gerir adequadamente o seu regime terapêutico, refletindo-se num melhor controlo da doença e na prevenção de complicações.

Apesar dos avanços, ainda há um longo caminho a percorrer para capacitar a população com os

conhecimentos e ferramentas necessárias para atingir um nível adequado de literacia em saúde. Cabe a nós, profissionais de saúde, e em particular aos enfermeiros identificar oportunidades de melhoria e implementar estratégias que promovam a capacitação das pessoas, permitindo-lhes alcançar ganhos efetivos em saúde e maior autonomia na gestão da sua condição de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cox, K., Macleod, S. C., Sim, C. J., Jones, A. W., & Trueman, J. (2017). Avoiding hospital admission in COPD: impact of a specialist nursing team. *British Journal of Nursing*, 26(3), 152-158.
2. Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32411/1/literaciaManual.PDF>
3. Smith, G. D. (2021). Literacia em saúde: a perspectiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (8).
4. Lopes, C., & Almeida, C. V. D. (2023). Literacia em saúde na prática 2022.
5. Direção Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017 de 08 de Fevereiro. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde (08/02/2017), 1-8. Disponível em: [norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx](https://www.dgs.gov.pt/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx)
6. Novais, S., Abreu, D., Magro, L., Gilde, P., Pereira, S., Bastos, C., & Carvalhais, M. (2023). Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: Um estudo descritivo. *RIS: Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1).
7. Esteves, S. (2022). A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: perceções, dificuldades e estratégias. *Jornal de Investigação Médica (JIM)*, 3(2), 47-55.
7. Ordem dos enfermeiros (2011). Regulamento 128/2011, in Diário da Republica n.º 35, 2ª série, de 18 de fevereiro. Disponível em [Regulamento n.º 128/2011 | DR8](https://www.dgs.gov.pt/regulamento-n-128-2011-dr8)
8. Direção-Geral da Saúde (2021). Níveis de Literacia em Saúde [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>
9. Telo-de-Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021-Portugal. Plano de ação para a literacia em saúde. Disponível em: <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>

IV Congresso de cuidados respiratórios em enfermagem de reabilitação

2026 | 20, 21 e 22 ABRIL
HOTEL RAMADA
LISBOA

Todas as informações em:
www.acenfermeiros.pt





Intervenções de enfermagem em fim de vida numa unidade de queimados: uma *scoping review*

BIOGRAFIA

Rafael Alves Nunes, Enfermeiro Especialista em EMC, Mestre em Enfermagem, Unidade de Queimados ULS São José, Lisboa, Portugal. rafalvesnunes@gmail.com

Elisabete Silva, Enfermeira Especialista em EMC, Mestre em Enfermagem, Unidade de Queimados, ULS São José, Lisboa, Portugal. maribeta@sapo.pt

Rita Pina, Enfermeira, Unidade de Queimados ULS São José, Lisboa, Portugal. ritapina098@gmail.com

RESUMO:

Mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem à pessoa queimada em fim de vida e família em contexto de unidade de queimados. Trata-se de uma *Scoping Review*, cumprindo as diretrizes do Instituto Joanna Briggs (2020), sem limite temporal, realizada na EBSCOhost - CINAHL, PubMed, Medline Complete, Scopus, Web of Science, RCAAP (b-on) e Google Scholar. Dos 340 artigos identificados, 9 deles esclarecem o propósito que fundamenta esta revisão. Estes, traduzem as três grandes áreas: 1) Intervenções de Enfermagem direcionadas ao

doente queimado em fim-de-vida, nomeadamente a gestão de sintomas físicos e a utilização de guidelines de conforto; 2) Intervenções de Enfermagem direcionadas à família, com a abordagem ao tema dos cuidados fim de vida, o apoio e suporte no luto, e , 3) Intervenções de Enfermagem no âmbito da equipa multidisciplinar, com a promoção e utilização de modelos para comunicação e tomada de decisão, e a referenciação dos doentes para cuidados paliativos. Concluiu-se que, integrar os cuidados paliativos centrados nos doentes queimados em fim de vida e família, subsidia o potencial das intervenções dos enfermeiros, dentro da equipa multidisciplinar, nas uni-

dades de queimados.

Introdução

As queimaduras são eventos inesperados, que representam uma forma grave de trauma físico (Jonathan Bayuo et al., 2021), representando um enorme stress físico associado a “aspectos anatómicos, fisiológicos e alterações endocrinológicas e imunológicas” (Daniel et al., pág. 8, 2017). Apesar dos avanços no tratamento de queimaduras, alguns dos doentes podem não sobreviver à lesão. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) relatam 180.000 mortes por queimaduras anualmente, com a maioria delas a ocorrer em zonas desfavorecidas. As estatísticas atuais sugerem que aproximadamente 40.000 pessoas por ano, são hospitalizadas com queimaduras nos Estados Unidos da América e, com mais de 3.000 mortes (Sibbald & Ayello, 2019). A morte na unidade de queimados pode ser classificada como precoce, se ocorrer dentro das 24-72 horas após a admissão, ou tardia, se o óbito surge após um período de tratamento ativo. As dificuldades em prever a sobrevivência da pessoa queimada, podem ser atribuídas à *“natureza complexa da fisiologia da queimadura, alta incidência de sepsis e falência de múltiplos órgãos, e lesões associadas sofridas, incluindo lesões por inalação. Além disso, muitos dos grandes desafios destes pacientes são as extensas comorbidades que complicam ainda mais a sua ressuscitação e gestão subsequente”* (Ismail et al., pág 288, 2011).

O cuidado ideal ao doente queimado requer uma abordagem multidisciplinar, sendo que, a maior parte das atividades de tratamento de queimaduras envolvem a experiência dos enfermeiros que trabalham em Unidades de Queimados (Daniel et al., 2017) e, Carlson (2013) observou ainda que a prática de enfermagem nas unidades de queimados, requer *“habilidades clínicas astutas nas áreas de cuidados intensivos, reabilitação e recuperação de traumas”* (Bayuo et al., pág. 1, 2019). O ambiente da UQ foi descrito como *“uma unidade movimentada, com uma natureza imprevisível e uma carga de trabalho pesada que favorece stress, insatisfação, sofrimento e angústia”* (Bayuo et al., pág. 1, 2019). Bayuo (2017) também o descreve como uma experiência emocionalmente pesada num ambiente com grande carga de trabalho. A literatura diz-nos que, existem diretrizes e protocolos

bem desenvolvidos nos cuidados paliativos de outras especialidades, eles não são, no entanto, diretamente transferíveis para as necessidades únicas do doente queimado em fim de vida e pode ser difícil implementar do ponto de vista logístico (Bayuo et al., 2021; Tracy et al., 2022). As decisões dos profissionais de saúde sobre os cuidados de fim de vida são muitas vezes orientadas pelos seus conhecimentos clínicos, experiências anteriores e crenças pessoais. Cada profissional, portanto, tem opiniões e atitudes individuais para cada caso. Isto, em combinação com os sentimentos do doente e dos seus familiares mais próximos, podem influenciar o processo de tomada de decisão, especialmente quando a futilidade do tratamento é incerta. A comunicação dentro da equipa multidisciplinar em relação às decisões de fim de vida é vital para uma abordagem consistente, coerente e decisiva para a gestão do doente queimado, a ser adotada e seguida por todos os membros (Ismail et al., 2011; Cook et al., 2020). Estudos de Mosenthal e Murphy argumentam a necessidade de agilizar os cuidados paliativos no atendimento ao trauma (J Bayuo et al., 2020). Os cuidados paliativos são um conjunto de abordagens com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes e família, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificados o mais precocemente possível e tratamento de dores e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Na literatura, os cuidados paliativos são frequentemente chamados de cuidados de fim de vida. No entanto, os cuidados paliativos podem ser prestados a partir do diagnóstico de uma doença limitante ou lesão, enquanto os cuidados de fim de vida são direcionados a pessoas que estão na fase final da sua vida (muitas vezes definido como o último ano de vida). Realizou-se uma busca preliminar na MEDLINE, no Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas e na Síntese de Evidências do Joanna Brigs Institute e nenhuma revisão sistemática ou *scoping review* foi publicada recentemente. Assim, considera-se como propósito desta revisão o esclarecimento da evidência científica disponível sobre as intervenções do enfermeiro na prestação de cuidados em fim de vida ao doente queimado e família, uma vez que, a introdução precoce de cuidados paliativos melhora a qualidade de vida, reduz a depressão, melhora a satisfação com cuidado e reduz custos

hospitalares. Os cuidados paliativos oferecem um grande potencial para fornecer esses benefícios para doentes queimados e suas famílias (J Bayuo et al., 2020). Pelo espelhado sobre esta temática, surge a seguinte questão de revisão: “Quais são as intervenções de enfermagem em fim de vida numa unidade de queimados?”

Materiais e Métodos

Esta *scoping review* segue o protocolo proposto pelo Joanna Brigs Institute (Peters et al., 2022) os critérios de inclusão e exclusão desta revisão (Quadro 2), pretendem dar resposta aos elementos de população, conceitos e contexto (Quadro1)

Quadro 1 Questão de investigação de acordo com o acrónimo PCC	
P (população)	Adultos queimados em fim de vida/ com necessidade cuidados paliativos
C (conceitos)	Intervenções de enfermagem/ papel enfermeiro
C (contexto)	Unidade Queimados

Tipos de participantes ou população (P)

A revisão considera os estudos que incluem adultos queimados em fim de vida, ou com necessidades de cuidados paliativos. Não são aplicadas restrições de género, idade, etnia ou outras características pessoais.

Conceito (C) O conceito deste estudo pretende

orientar a amplitude da revisão que compreende as intervenções do enfermeiro, qual o seu papel na prestação de cuidados paliativos.

Contexto (C) O contexto desta revisão será limitado às unidades de queimados e unidades de cuidados intensivos de queimados, não sendo impostas restrições ao nível geográfico..

Quadro 2 Critérios de inclusão e exclusão	
Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Adultos (>18 anos); - Estudos publicados na Pubmed, CINAHL, Medline Complete, Scopus, Web of Science, RCAAP (b-on) e Google Scholar; - Estudos quantitativos, qualitativos e mistos; - Idioma: português, inglês, espanhol e francês; - Estudos publicados sem limite temporal; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos realizados em pediatria - Estudos direcionados exclusivamente à classe médica;

Tipos de fontes

Nesta *scoping review* incluem-se todos os resultados presentes em revistas indexadas a bases de dados internacionais, estudos qualitativos, quantitativos e mistos, limitados à presença de texto integral e à data de publicação sem limite temporal, de forma a recorrer a uma evidência científica mais abrangente. As revisões sistemáticas que correspondem aos critérios de inclusão consideram-se pertinentes, conforme indicado no quadro 2. A pesquisa foi realizada no mês de maio de 2024 através da biblioteca online EBSCOhost, que incluiu a base de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), através da *PubMed*, *Medline Complete*, *Scopus*, *Web of Science*, *RCAAP (b-on)* e *Google Scholar*. Os resultados desta revisão serão apresentados de forma descritiva e em tabela (Figura 2) como forma de pesquisa preliminar para a possibilidade de ser realizada uma revisão sistemática da literatura no futuro.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa não estabeleceu limite temporal, de forma a obter o maior número de informações acerca do fenómeno. A pesquisa iniciou-se a partir das bases de dados já descritas anteriormente, que abrangem o fenómeno em estudo. O número real dos estudos foi importado para o *Rayyan Qatar Computing Research Institute*, e na fase inicial foram eliminados todos os artigos duplicados. Neste processo foram envolvidos três revisores independentes para a pesquisa: no primeiro nível os artigos foram incluídos ou excluídos pelo título seguido do resumo, tendo sempre em conta os critérios de inclusão e exclusão para a revisão. A primeira linha de pesquisa é referente a uma das palavras que o título deve incluir: **“nurs”** uma vez que, o que se pretende conhecer são estudos relacionado com cuidados de enfermagem. No passo seguinte, na segunda linha de descritores, foram adicionados os termos: ***palliative OR terminal* OR “end of life” OR “Life Support” OR “Extraordinary Treatment*” OR “Transitional Care”***, para direcionar as intervenções de enfermagem a este fenómeno. Numa terceira linha, foram introduzidos os descritores: ***“burn unit*” OR “burn center*” OR Burn OR Burns OR “Burn Patients”***, uma vez que o objetivo foi restringir a pesquisa às unidades de queimados. Com a pesquisa efetuada,



todos os artigos identificados foram agrupados e carregados no Zotero ® 6.0.27. Durante o processo de seleção, não surgiram divergências entre os três revisores.

Resultados

A pesquisa, através das bases de dados, com a expressão booleana composta pelos seguintes termos livres: ***(((nurs*) AND (palliative OR terminal* OR “end of life” OR “Life Support” OR “Extraordinary Treatment*” OR “Transitional Care”)) AND (“burn unit*” OR “burn center*” OR Burn OR Burns OR “Burn Patients”))*** permitiu apurar 340 artigos. Após remoção dos duplicados, obtivemos 169 artigos, dos quais 150 foram eliminados após leitura do título e resumo, através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Dos 19 artigos incluídos, 1 não foi recuperado, ficando com 18 artigos elegíveis para leitura integral. Após leitura integral dos 18 artigos, 9 foram considerados com efetiva pertinência para o esclarecimento do propósito que fundamenta esta *scoping review*. Os resultados da pesquisa e o processo de inclusão dos estudos são apresentados num fluxograma PRISMA-ScR (2020).

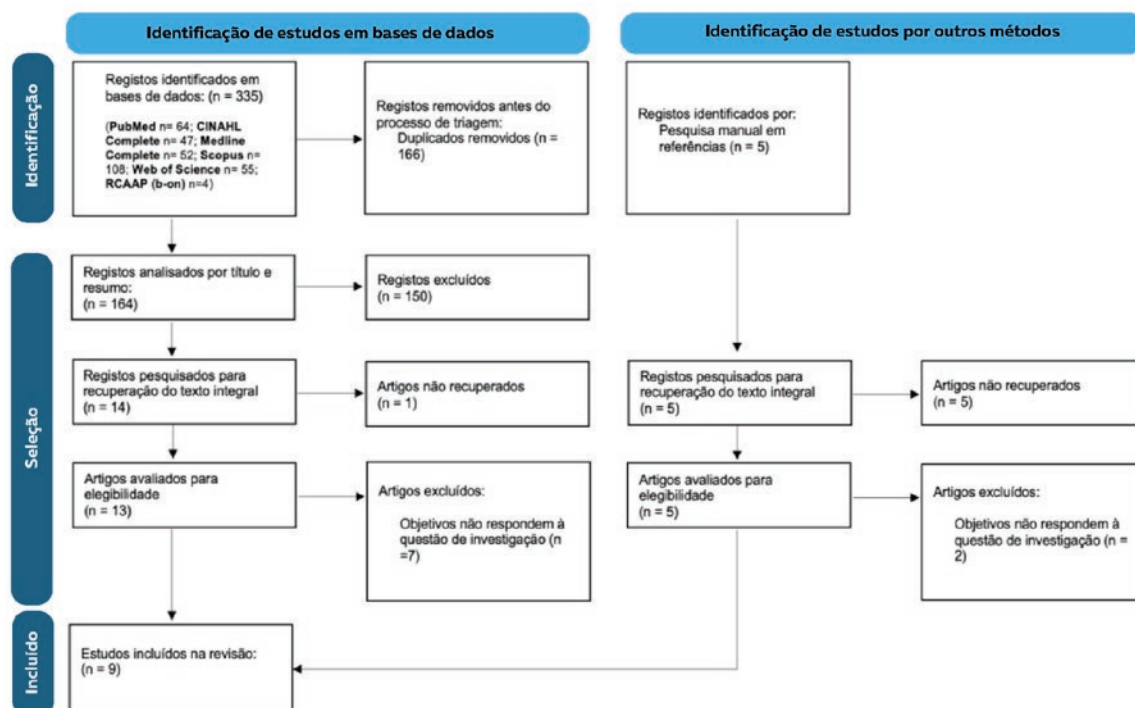


Figure 1: Fluxograma PRISMA-ScR (2020)

Resultados:

Após análise do conteúdo dos 9 artigos incluídos nesta revisão, os autores optam por apresentar as intervenções de enfermagem ao doente queimado em fim-de-vida (Figura 2) organizadas, de acordo com a questão e objetivo de pesquisa, em três categorias distintas: 1) Intervenções de

Enfermagem direcionadas ao doente queimado em fim-de-vida; 2) Intervenções de Enfermagem direcionadas à família e 3) Intervenções de Enfermagem no âmbito da equipa multidisciplinar. Desta forma, pretende-se uma consulta rápida e simples, por parte do leitor, das principais intervenções encontradas na literatura.

Intervenção de enfermagem	Nº Estudos que identifica a intervenção	FR (%)
Direcionadas ao doente em fim-de-vida		
- Identificar os desejos e vontades em fim-de-vida de forma individualizada; (inclui apoio espiritual e períodos de vista adaptados)	5	55,5%
- Colocar um flor de lotus na unidade do doente em fim-de-vida;	1	11%
- Elaborar e promover a utilização de guidelines de cuidados de conforto	3	33,3%
- Alívio de sintomas físicos e cuidados pós-morte	6	66,6%
Direcionadas à família		
- Promover a participação na discussão sobre cuidados fim-de-vida;	5	55,5%
- Apoio e suporte à família no luto	7	77,7%
- Elaborar folheto informativo sobre fim-de-vida e para promoção da comunicação com a família	2	22,2%
Direcionadas à equipa Multidisciplinar		
- Identificar os gatilhos para referenciação dos doentes para CP	2	22,2%
- Colaborar com as equipas de cuidados paliativos;	4	44,4%
- Organizar conferências multidisciplinares para discussão dos cuidados de fim-de-vida	5	55,5%
- Desenvolver e promover a utilização de modelos para comunicação e tomada de decisão.	4	44,4%

Figure 2: Intervenções de enfermagem identificadas

Discussão

Através dos estudos incluídos, verifica-se que ainda existe pouco conhecimento disponível sobre as intervenções do enfermeiro ao doente em fim de vida, em unidades de queimados. Pela leitura efetuada, verifica-se que o tema apresenta interesse à escala mundial, os estudos incluídos foram desenvolvidos em Portugal (2), Reino Unido (1), Ghana (3), EUA (2) e Hong Kong (1). No entanto, a área carece de investimento futuro, a nível internacional, pelas barreiras e limitações apresentadas nestes artigos.

De notar, que o carácter original desta revisão scoping deve-se a nenhum outro trabalho apresentar como foco de pesquisa as intervenções de enfermagem neste contexto. Porém, é já reconhecida a importância da integração desta classe profissional nos cuidados em fim-de-vida, para a obtenção de cuidados holísticos, focados nas necessidades do doente e da sua família, objetivando a melhoria da qualidade de vida (Coffey et al., 2011; Bayuo, 2017).

Coffey et al., (2011) afirma “os enfermeiros, pelas relações próximas que estabelecem com os doentes e com as suas famílias e pelo tempo que partilham com estes, são os primeiros a receber perguntas e a ser envolvidos em conversas relacionadas com o prognóstico” (Coffey et al., p.130, 2011). Muitas vezes, o reconhecimento da possibilidade de os cuidados serem fúteis, advém, inicialmente, dos enfermeiros e é com estes que se dão as primeiras conversas sobre fim de vida (Coffey et al., 2011).

Assim, para promover uma prática de enfermagem baseada em evidência sintetizámos as intervenções encontradas na literatura.

1) Intervenções de enfermagem direcionadas ao doente em fim-de-vida

Segundo Coffey et al (2011), cabe ao enfermeiro identificar os desejos e vontades do doente em fim-de-vida. Os desejos e vontades abordados são: o apoio espiritual, que é mencionado em diversos estudos (Bayuo, J., 2017; Bayuo, J. 2022; Hemington-Gorse et al., 2011), e a adaptação ou alargamento dos períodos de visita (Bayuo et al., 2022). Proporcionar visitas livres ou em períodos alargados promove o tempo de qualidade entre o

doente e família e pessoas significativas, proporcionando a oportunidade de partilharem juntos os últimos momentos de vida. Tendo em conta que os cuidados especializados às queimaduras são fornecidos em unidades específicas, muitas vezes, a prestação de cuidados requer transferência para uma unidade fora da área de residência, o que pode dificultar as visitas e realçar a relevância desta intervenção.

A colocação de uma flor de lótus, símbolo internacional dos CP, na unidade do doente, para identificação da trajetória para cuidados paliativos, após discussão com a família, foi realizada no estudo de Wessman et al., (2016). Esta intervenção “tornou-se numa forma fácil de comunicar entre os elementos da equipa e de demonstrar respeito pelo doente e pela sua família” (Wessman et al., p.8, 2016).

Ao longo dos estudos analisados foi possível identificar a existência de guidelines que orientam os cuidados de conforto, como a *Burn Modified - Liverpool Care Pathway (BM-LCP)*, adaptada e aplicada por Hemington-Gorse et al (2011) e mencionada no estudo de Bayuo et al. (2019). O *BM-LCP inclui orientações sobre a avaliação inicial, cuidados em fim-de-vida e cuidados pós-morte, englobando tanto aspetos físicos como espirituais dos cuidados. No estudo de Hemington-Gorse et al. (2011) concluiu-se que este protocolo era de fácil aplicação e bem recebido pelos profissionais da unidade, recomendando a sua utilização por aparentemente atingir o objetivo de melhoria dos cuidados em fim-de-vida. No estudo de Bayuo et al. (2019) afirma-se que “protocolo de medidas de conforto e DNR-CMO seguem um padrão similar (ao do BM-LCP) com o objetivo de melhorar a gestão de sintomas, controlo da dor, suporte respiratório, suspensão de antibióticos, cuidados às feridas, evitar atos cirúrgicos/laboratoriais e permitir horários de visitas flexíveis. (...)” (Bayuo et al., p.11, 2019).*

Wessman et al. (2016) desenvolveu um programa multidisciplinar para promover a melhoria da perceção dos cuidados em fim de vida nas unidades de queimados. Este programa incluiu a formação de uma equipa multidisciplinar que implementou diversas intervenções, entre elas, a criação de “*Confort Care Orders and Guidelines*” e “*Nursing Guidelines for End of Life Care*” (Wessman et al., p. 5-6, 2016), com recomendações de cuidados de

enfermagem, que devem ser individualizadas às necessidades de cada doente e família, com intervenções direcionadas ao doente, à família, período pós-morte, registos, gestão das vigilâncias/monitorização e avaliação das vias de administração de medicação (Wessman et al., 2016).

Algumas menções a intervenções de enfermagem direcionadas ao alívio de sintomas físico e pós-morte foram encontradas na literatura, porém, não são estudadas em detalhe, mas como parte dos cuidados multidisciplinares ao doente queimado em fim-de-vida. As intervenções mencionadas no estudo de Hemington-Gorse et al. (2011) compreendem avaliações de 4/4 horas de sintomas como a dor, agitação, dispneia, necessidade de cuidados orais, náuseas, vômitos, cuidados às feridas e gestão da medicação. Este plano de cuidados inclui avaliações de 12/12 horas de prevenção de úlceras por pressão, apoio psicológico e suporte familiar. Outros estudos que mencionam parte destas intervenções são os de Bayuo et al. (2019), Bayuo, J. (2017), Bayuo et al. (2022), e Ribeiro et al., (2022). A remoção de tubos ou linhas e avaliação de sinais vitais adaptada às necessidades individuais são outras das intervenções que surgem na literatura.

2) Intervenções de enfermagem direcionadas à família

A promoção da participação da família/pessoa significativa na discussão sobre cuidados em fim-de-vida foi uma das intervenções extraídas da literatura. Coffey et al. (2011) no seu estudo conclui que "A integração da medicina paliativa numa fase inicial, assim como, a discussão franca de cuidados em fim-de-vida entre a equipa multidisciplinar ajudará os pacientes e as suas famílias com as problemáticas em fim-de-vida" (Coffey et al., p.131, 2011). No estudo de Bayuo et al. (2019) "é recomendado que as decisões sobre fim-de-vida sejam realizadas com o paciente/família dentro das primeiras 24 horas de admissão, sem retardar o começo das medidas de ressuscitação iniciais." (Bayuo et al., p.15, 2019). Quando isto não é possível, as decisões sobre cuidados de conforto devem ser realizadas em conjunto com a família assim que o momento se proporcionar.

Outro estudo que suporta esta intervenção afirma "(...) existe a necessidade de melhorar os proces-

sos de tomada de decisão, aumentar a discussão sobre objetivos de cuidados com o paciente e membros da família e com outros membros da equipa (enfermeiros) para gestão da incerteza." (Ribeiro et al, p. 753, 2022).

No programa aplicado por Wessman et al. (2016) existiu a possibilidade de criação de um espaço direcionado ao suporte à família, onde implementaram espaço adicional na unidade do doente mais espaços adequados à discussão de cuidados em fim-de-vida/objetivos de cuidados. "Alocação de espaços físicos recebeu grande satisfação no questionário pós-intervenção" (Wessman, et al., p.8, 2016).

Foi também identificada no estudo de caso de Bayuo, J. (2017) a necessidade de melhorar o número de profissionais nas unidades de queimados, de modo a possibilitar aos enfermeiros os recursos e o tempo necessário com os doentes e suas famílias. Neste estudo, a incorporação da Teoria do Cuidado Humano de Watson abriu a possibilidade para um maior envolvimento do doente queimado e família no processo de cuidar.

O suporte e apoio à família no luto é complexo e exigente para todos os envolvidos. Esta intervenção é parte integrante dos cuidados paliativos ao doente em fim-de-vida na unidade de queimados (Coffey et al., 2011, Ribeiro et al., 2024, Wessman et al., 2016, Bayuo, J., 2017, Bayuo et al., 2022, Hemington-Gorse et al., 2011, Bayuo et al., 2019). No estudo de Ribeiro et al., (2022) consta que os obstáculos à comunicação estão na maioria das vezes relacionadas com o envolvimento da família, passagem de informação e com a transparência do processo.

A elaboração de material de apoio à comunicação e interação com a família e de panfletos sobre o fim-de-vida é mencionado em dois dos artigos analisados ((Wessman et al., 2016; Bayuo et al., 2022). Este material inclui indicações sobre como iniciar a reunião com os familiares, incentivar a colocação de questões, esclarecer, utilizar linguagem clara, focar a família nos desejos e necessidades do doente, entre outros (Wessman et al., 2016).

3) Intervenções de enfermagem direcionadas à equipa multidisciplinar

Estudos realizados anteriormente, mostraram que o período de fim de vida em unidade de queimados está mal definido, devido à incerteza prognóstica (Ribeiro et al., 2024). Modelos colaborativos entre a equipa multidisciplinarem poderiam abordar melhor a incerteza e a complexidade clínica, através da identificação de gatilhos (Ribeiro et al., 2024), que permitam aos profissionais da equipa encaminharem os doentes para cuidados paliativos e articularem com estas equipas para discussão e estabelecimento de metas e objetivos de cuidados, entre a equipa multidisciplinar, a família e o doente, de forma a evitar cuidados fúteis, ajudar em decisões de cuidados em fim de vida (Bayuo et al., 2022; Ribeiro et al., 2024). Por isso, é necessário colaborar e promover a colaboração entre as diferentes equipas envolvidas (cirurgia plástica, cuidados intensivos, cuidados paliativos e enfermagem) num período adequado para a tomada de decisão. (Ribeiro et al. 2022; Bayuo et al., 2019; Bayuo et al. 2022).

A intervenção organizar conferências multidisciplinares para discussão dos cuidados em fim-de-vida é aplicada no estudo de Wessman et al (2016), a equipa multidisciplinar incluía enfermeiros, médicos, cirurgiões, família, doente, quando possível, entre outros, conforme as necessidades do doente. A importância do envolvimento de todos os profissionais, doente e família é reconhecida em diferentes estudos desta revisão scoping com o fim de obter a melhor qualidade de vida possível no contexto estudado (Coffey et al., 2011, Bayuo et al., 2019, Ribeiro et al., 2022).

É concluído no estudo de Bayuo et al. (2022) que os "cuidados paliativos na unidade de queimados devem ser compreensivos para suportar o doente, a sua família, e os profissionais de saúde." (Bayuo et al., p.13, 2022)

No estudo de Coffey et al. (2011) é mencionado um modelo para guiar a tomada de decisão em situações éticas difíceis, desenvolvido por Miller (2000), que examina as indicações médicas, as preferências do doente e os problemas relacionados com qualidade de vida. A autora deste modelo reconheceu a dificuldade em determinar quais os cuidados fúteis no doente queimado e recomenda recorrer-se, numa fase inicial dos cuidados, ao comité de ética dos hospitais para orientação na tomada de decisão dos profissionais e

família (Coffey et al., 2011).

Outros estudos encontrados que suportam a utilização de modelos ou programas que guiam as tomadas de decisão e a comunicação são os realizados por Hemington-Gorse et al. (2011) com o plano de cuidados BM-LCP, o de Bayuo et al. (2019) mencionando as *ISBI guidelines e as guidelines do Upstate University Hospital* e o programa de Wessman et al. (2016).

Conclusão

Durante a realização desta revisão *scoping* foi utilizada a metodologia JBI e elaborada uma pesquisa bibliográfica significativa com o objetivo de efetuar o mapeamento da melhor evidência científica sobre as intervenções de enfermagem em fim de vida numa unidade de queimados. Após leitura dos nove estudos incluídos, concluiu-se que existem poucos estudos focados na temática abordada, no entanto, verificou-se que o fenómeno em estudo pode compreender três dimensões: direcionado para o doente queimado em fim de vida; direcionado para a família do doente queimado em fim de vida e ainda direcionado para a equipa multidisciplinar. Os enfermeiros, são quem permanece 24 horas próximos dos doentes, e por isso, é tão importante que o seu foco de intervenção passe por estas três dimensões.

Importante referir que foram encontradas, na literatura, mais duas possíveis intervenções de enfermagem direcionadas ao doente em fim de vida. Estas não foram incluídas na tabela de síntese de resultados, pois foram pouco mencionadas nos estudos analisados. No entanto, os autores reconhecem a sua importância e gostariam de promover a sua realização. A saber, a documentação das intervenções realizadas em fim-de-vida e a documentação dos resultados obtidos nos processos de enfermagem (Bayuo et al, 2022), isto poderá facilitar a recolha de informação sobre os processos de tomada de decisão e melhorar/aumentar a evidência disponível sobre as intervenções realizadas. As vantagens da integração dos cuidados paliativos, não só no período e para os doentes em fim-de-vida, mas para todos os doentes queimados, que vislumbram uma recuperação longa, com alterações físicas e da autoimagem prendem-se com a promoção da qualidade de vida. O papel dos CP nestes doentes é ainda pouco es-

tudado, mas está claramente identificada na literatura uma outra área de intervenção, correspondente ao período após a alta hospitalar (Bayuo et al., 2019), de forma a oferecer suporte ao paciente e família.

O suporte familiar no luto é, segundo os estudos incluídos nesta revisão a intervenção com mais incidência (77,7%), o que nos surge que seria um tema de reflexão importante, bem como a existência de consultas de *follow up* aos familiares que vivenciam este processo de luto em unidades de queimados.

Em suma, podemos aferir que é necessário mais investimento e exploração no papel ativo do enfermeiro nesta área tão específica do cuidado, tornando-o elo entre as três dimensões apresentadas nesta revisão, de forma a melhorar os processos de tomada de decisão, realizar um encaminhamento precoce e favorecerem este processo transicional para os cuidados paliativos de alta qualidade centrados no doente queimado e família. Pessoas motivadas, interessadas e informadas, dignificam a vida até mesmo onde o caminho, parece ter fim.

Implicações para a investigação:

A importância de informações claras, padronizadas e consistentes, documentação, comunicação e um acordo subsequente do plano de cuidados foi identificado como vital para fornecer o melhor cuidado para o doente queimado e sua família (Ismail et al., 2011).

Conflito de interesses:

Sem conflito de interesses por parte dos autores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bayuo, J., Bristowe, K., Harding, R., Agyei, F. B., Agbeko, A. E., Agbenorku, P., Baffour, P. K., Allotey, G., & Hoyte-Williams, P. E. (2020). The Role of Palliative Care in Burns: A Scoping Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(5), 1089–1108. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.006>
2. Bayuo, Jonathan. (2017a). Application of Watson's Theory of Human Caring to End of Life Care in the Burns Intensive Care Unit: A Case Report. *International Journal for Human Caring*, 21(3), 142–144. <https://doi.org/10.20467/humancaring-d-17-00017>
3. Bayuo, Jonathan. (2017b). Case Study in Caring Application of Watson's Theory of Human Caring to End of Life Care in the Burns Intensive Care Unit: A Case Report. *International Journal for Human Caring*, 21(3), 142–144. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.21.3.142>
4. Bayuo, Jonathan, Agyei Bediako, F., Allotey, G., & Kyei Baffour, P. (2019). Developing support strategies for burn care nurses through an understanding of their experiences: A meta-ethnographic study. *International Journal of Nursing Practice*, 25(2), 1–11. <https://doi.org/10.1111/ijn.12685>
5. Bayuo, Jonathan, Bristowe, K., Harding, R., Agbeko, A. E., Wong, F. K. Y., Agyei, F. B., Allotey, G., Baffour, P. K., Agbenorku, P., Hoyte-Williams, P. E., & Agambire, R. (2021). "Hanging in a balance": A qualitative study exploring clinicians' experiences of providing care at the end of life in the burn unit. *Palliative Medicine*, 35(2), 417–425. <https://doi.org/10.1177/0269216320972289>
6. Coffey, R., Everett, S., Miller, S., & Brown, J. (2011). End of life in the Burn/Trauma unit: A nursing perspective. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 1(2), 129–131. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.84799>
7. Cook, A. C., Langston, J. A., Jaramillo, J. D., Edwards, K. E., Wong, H.-N., & Aslakson, R. A. (2020). Opportunities for Palliative Care in Patients With Burn Injury—A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(4), 916–931.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.014>
8. Daniel E. Ray; Mohana B. Karlekar; Donnelle L. Crouse; Margaret Campbell; J. Randall Curtis, M. J. E. D. R. L. A. C. M. C. M. K. A. P. D. E. W. R. D. B. K. J. B. J. E. N. (2017). Care of the Critically Ill Burn Patient: An Overview from the Perspective of Optimizing Palliative Care. *American Thoracic Society*, 1–34.
9. Hemington-Gorse, S. J., Clover, A. J. P., MacDonald, C., Harriott, J., Richardson, P., Philp, B., Shelley, O., & Dziewulski, P. (2011). Comfort care in burns: The Burn Modified Liverpool Care Pathway (BM-LCP). *Burns*, 37(6), 981–985. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2011.03.012>
10. Ismail, A., Long, J., Moiemien, N., & Wilson, Y. (2011). End of life decisions and care of the adult burn patient. *Burns*, 37(2), 288–293. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2010.08.009>
11. Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, H., Larsen, P., Marnie, C., Pollock, D., Tricco, A. C., & Munn, Z. (2022). Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBI Evidence Synthesis*, 20(4), 953–968. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00242>
12. Ribeiro, A. F., Martins Pereira, S., Nunes, R., & Hernández-Marro, P. (2024). What are the triggers for palliative care referral in burn intensive care units? Results from a qualitative study based on healthcare professionals' views, clinical experiences and practices. *Palliative Medicine*, 38(3), 297–309. <https://doi.org/10.1177/02692163241229962>
13. Ribeiro, A. F., Pereira, S. M., Nunes, R., & Hernández-Marro, P. (2022). What do we know about experiencing end-of-life in burn intensive care units? A scoping review. *Palliative & Supportive Care*, 21(4), 741–757. <https://doi.org/10.1017/S1478951522001389>
14. Sibbald, R. G., & Ayello, E. A. (2019). Deep Burns: Comparing the Developed and Developing World. *Advances in Skin and Wound Care*, 32(1), 5. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000550458.48419.d5>
15. Tracy, L. M., Reeder, S., Gold, M., & Cleland, H. J. (2022). Burn Care Specialists' Views Toward End-of-Life Decision-Making in Patients With Severe Burn Injury: Findings From an Online Survey in Australia and New Zealand. *Journal of Burn Care and Research*, 43(6), 1322–1328. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irac030>
16. Wessman, B. T., Sona, C., & Schallom, M. (2016). Improving Caregivers' Perceptions Regarding Patient Goals of Care/End-of-Life Issues for the Multidisciplinary Critical Care Team. *Journal of Intensive Care Medicine*, 32(1), 68–76. <https://doi.org/10.1177/0885066615606063>



Domínios dos Enfermeiros na Investigação e Ensaios Clínicos: Da Prática Assistencial à Produção de Evidência

BIOGRAFIA

Ana Sofia Fernandes, Enfermeira Especialista. Hospital de Dia de Hemato-Oncologia, Unidade Local de Saúde São José (ULSSJosé), Lisboa, Portugal

Helena Xavier, Enfermeira Gestora. Hospital de Dia de Hemato-Oncologia, Unidade Local de Saúde São José (ULSSJosé), Lisboa, Portugal

Anabela Dinis, Enfermeira. Hospital de Dia de Hemato-Oncologia, Unidade Local de Saúde São José (ULSSJosé), Lisboa, Portugal

RESUMO

Os ensaios clínicos são essenciais e preponderantes para o desenvolvimento científico de forma inovadora e segura. Este artigo apresenta a experiência do Hospital de Dia de Hemato-Oncologia (HDHO) da ULSSJosé, bem como a importância e o impacto da atuação dos profissionais de enfermagem na qualidade e segurança dos processos de investigação, implementação, desenvolvimento dos ensaios clínicos.

Introdução

Os ensaios clínicos (EC) são preponderantes para os avanços no conhecimento médico, permitindo uma rigorosa e sistemática avaliação da eficácia e da segurança de novos fármacos, antes e após a sua introdução no mercado, seguindo protocolos exigentes, com estritos critérios de elegibilidade

e inclusão. São regidos por normas éticas internacionais e regulados por entidades que garantem a proteção dos participantes, bem como a validade, rastreabilidade e evidência dos dados obtidos.

No contexto da doença oncológica, os ensaios clínicos assumem uma particular importância, devido não só à complexidade das patologias, mas também à necessidade da introdução de novos tratamentos dirigidos. Os enfermeiros desempenham um papel central em todas as fases dos ensaios, desde a gestão da terapêutica, monitorização de efeitos adversos, colheita de dados, apoio aos participantes, assegurando a qualidade dos registos, promovendo a literacia em saúde e garantindo que os direitos e o bem-estar dos doentes são respeitados em todas as fases. A sua atuação é decisiva e imprescindível para a fiabilidade dos resultados e para o sucesso dos estu-

dos realizados.

Este artigo analisa os domínios específicos da enfermagem em ensaios clínicos, relata a experiência prática do Hospital de Dia de Hemato-Oncologia e evidencia a importância da sua participação na investigação científica.

Desenvolvimento

Os Ensaios Clínicos (EC) constituem a base da investigação clínica moderna, permitem o desenvolvimento e a avaliação sistemática da eficácia e segurança de novos medicamentos. Em Portugal, a Lei nº 46/2004 define o enquadramento legal para a realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano, destacando o papel do consentimento informado e da liberdade, informação e proteção dos participantes.

Cada EC é realizado mediante um protocolo, no qual estão claramente descritos todos os procedimentos, desde a elegibilidade do doente, inclusão no estudo, processo de randomização, fármaco em estudo, critérios de acondicionamento e preparação, vias de administração, resultados de fases prévias do EC (quando existentes), colheita e registo de dados, notificações de desvios ao protocolo, procedimentos de controlo e de análise dos dados, entre outros. Desta forma, é garantido que os resultados do ensaio são uniformizados em todos os centros de investigação onde o estudo está a ser desenvolvido, tal como refere Santos *et al.* (2021).

A realização de ensaios clínicos em instituições de saúde portuguesas requer aprovação por entidades reguladoras: INFARMED, CEIC (Comissão Ética para a Investigação Clínica) e CNPD (Comissão Nacional de Proteção de Dados). A proposta para a realização de EC em cada centro de investigação é também mandatária, e deverá ser analisada pelas próprias Comissões de Ética a nível local que deverão dar a sua permissão.

Os EC passam por diversas fases até que o seu estudo esteja concluído, processo esse que pode ter uma duração de vários anos. Tal como referem Shamley & Wright, (2017), as fases de desenvolvimento de um EC são as seguintes:

- **Fase I:** Segurança, farmacocinética e to-

lerabilidade;

- **Fase II:** Eficácia terapêutica e definição de dose;

- **Fase III:** Confirmação de eficácia, segurança e benefício para AIM (Autorização de Introdução no Mercado);

- **Fase IV:** Monitorização pós-comercialização e farmacovigilância, avaliando sistematicamente a eficácia e segurança. Aprofunda conhecimentos sobre novas interações medicamentosas e identifica reações adversas desconhecidas;

Cada EC exige uma vasta equipa multidisciplinar, constituída por vários intervenientes, cada um com funções e atividades bem definidas, tal como referem Shamley & Wright (2017) e Santos *et al.* (2021):

- Promotor: (pessoa, instituição farmacêutica ou instituição académica): é responsável pela gestão e/ou financiamento do EC; prepara toda a documentação necessária para aprovação do EC e gere toda a documentação produzida durante o EC; assegura boas práticas de produção/criação do medicamento em estudo; notifica e contacta com as autoridades regulamentares.

- Centros de ensaio: são as instituições de saúde públicas ou privadas dotadas de profissionais e meios técnicos apropriados à realização do EC.

- Monitor/Coordenador de EC: profissional dotado da necessária competência científica e/ou clínica, designado pelo promotor para monitorizar o ensaio, descrevendo a sua evolução. É também responsável pela verificação e conformidade dos registos. Assegura o cumprimento das normas ICH-GCP (good clinical practices).

- Investigador Principal: é o profissional reconhecido pelo coordenador do EC para a atividade de investigação. Fica responsável pela coordenação de toda a equipa técnica envolvida na realização do EC

- Investigadores: são todos os elementos da equi-

pa clínica multidisciplinar designados pelo investigador principal, e que estão envolvidos no EC: enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de farmácia, analistas clínicos, técnicos de análises, técnicos de radiologia, entre outros.

- **Doente:** é principal interveniente no EC, voluntário, cujo diagnóstico e situação clínica é elegível para integrar o EC em curso, e que deu o seu consentimento informado para participação. Este consentimento informado obtido do doente deve ser livre, esclarecido e documentado, podendo ser revogado a qualquer momento, desde que de forma devidamente informada.

Equipa de Investigação e a Intervenção de Enfermagem

As competências e domínios de intervenção dos enfermeiros de oncologia em EC, têm como base os princípios de defesa da segurança do doente, o respeito pela conformidade e integridade do protocolo, bem como a adesão aos padrões de qualidade de enfermagem, tal como refere Santos *et al.* (2021), privilegiando sempre a comunicação, apoio e orientação dos doentes.

Segundo a *Oncology Nurse Society* (2016), os domínios do enfermeiro nos EC permitem que estes possam ter um papel muito diversificado, desde assumir a coordenação de estudos, ser responsável por procedimentos de gestão da administração e monitorização de fármacos até à colaboração no planeamento dos procedimentos clínicos, facilitando a comunicação com promotores e monitores e garantindo do cumprimento dos protocolos e normas GCP (Good Clinical Practice).

Desta forma, os principais domínios de intervenção dos enfermeiros podem elencar-se da seguinte forma:

- **Garantir cumprimento dos padrões éticos:** promover o cumprimento contínuo dos princípios éticos de respeito pelo indivíduo e que baseiam todo e qualquer EC: Autonomia, Beneficência, Não maleficência e Proteção da vulnerabilidade; assegurar a salvaguarda dos direitos dos participantes, avaliar e relatar situações que podem levar à má conduta em pesquisa.

- **Garantir conformidade do protocolo do EC**

em todos os momentos, incluindo na preparação e administração de fármacos, vigilância de efeitos adversos, resposta terapêutica e gestão da terapêutica oral e intravenosa, avaliações físicas e biométricas, colheitas de sangue e outros *specimens*, etc. Em estudos *blind* ou *double blind*, a desocultação do doente pode ser solicitada pelo clínico sempre que exista essa necessidade, quer para esclarecimento de intercorrências, quer em situações de emergência, implicando, no entanto, a exclusão do doente do estudo.

- **Garantir o Consentimento Informado:** assegurar o cumprimento de políticas e procedimentos institucionais para a obtenção do consentimento informado, incluindo avaliar a perceção do doente sobre as informações fornecidas, desmistificando e esclarecendo todos as dúvidas e questões em qualquer momento do EC. O consentimento informado pode ser revogado a qualquer momento pelo doente, sem qualquer impedimento ou penalização, sendo o doente livre de sair do estudo sempre que assim o entender, devendo esse processo, no entanto, ser mediado pelos profissionais, de forma a garantir que é feito em plena consciência, sem tentativa de manipulação da opinião, posição ou decisão do doente.

- **Gerir doentes em EC:** incluindo educação, ensino e apoio aos participantes

- Apoio à navegação pelo sistema de saúde: gestão de agendamentos, circulação por diferentes serviços /pólos das instituições, etc.
- Apoio e ensino em literacia em saúde e literacia digital.
- Colaboração/ aplicação de questionários de qualidade de vida (QQV).
- Defesa dos direitos e bem-estar dos participantes

- **Documentar e gerir informação criada:**

- Documentar de forma íntegra, pormenorizada, clara e fiel todos os cuidados de enfermagem prestados ao doente no processo clínico da instituição, garantindo a privacidade e confidencialidade dos mesmos.
- Preenchimento de Case Report Forms

(CRFs) quando aplicável.

- Garantir que toda a informação produzida seja objetiva, precisa, verificável, replicável e rastreável.

Desde 2019 que o Hospital de Dia de Hemato-Oncologia (HDHO) da Unidade Local de Saúde S. José (ULSSJosé) é um centro de ensaio em ativa colaboração com diversos promotores. Toda a equipa multidisciplinar envolvida, nomeadamen-

te os elementos da equipa de enfermagem que presta cuidados aos doentes em EC, é devidamente formada e com competência para o desempenho das suas funções.

Desde esta altura, e sem interrupções desde então, decorreram no HDHO, oito (8) ensaios clínicos com 10 participantes, relativas a patologias de 4 foros distintos, conforme explícito na tabela e gráfico abaixo:

Ensaio	Fase	Situação do participante
A	II	Em tratamento: em remissão parcial da doença
B	II	Exclusão por progressão de doença
C	II	Exclusão por progressão de doença
D	III	Exclusão por progressão de doença
E	II/III	1 em vigilância, 1 exclusão por complicação
F	III	Exclusão por progressão de doença (2)
G	III	Vigilância sem evidência de doença
H	III	Sem utentes randomizados

Tabela 1. Ensaios clínicos no HDHO, fase do estudo e situação dos participantes

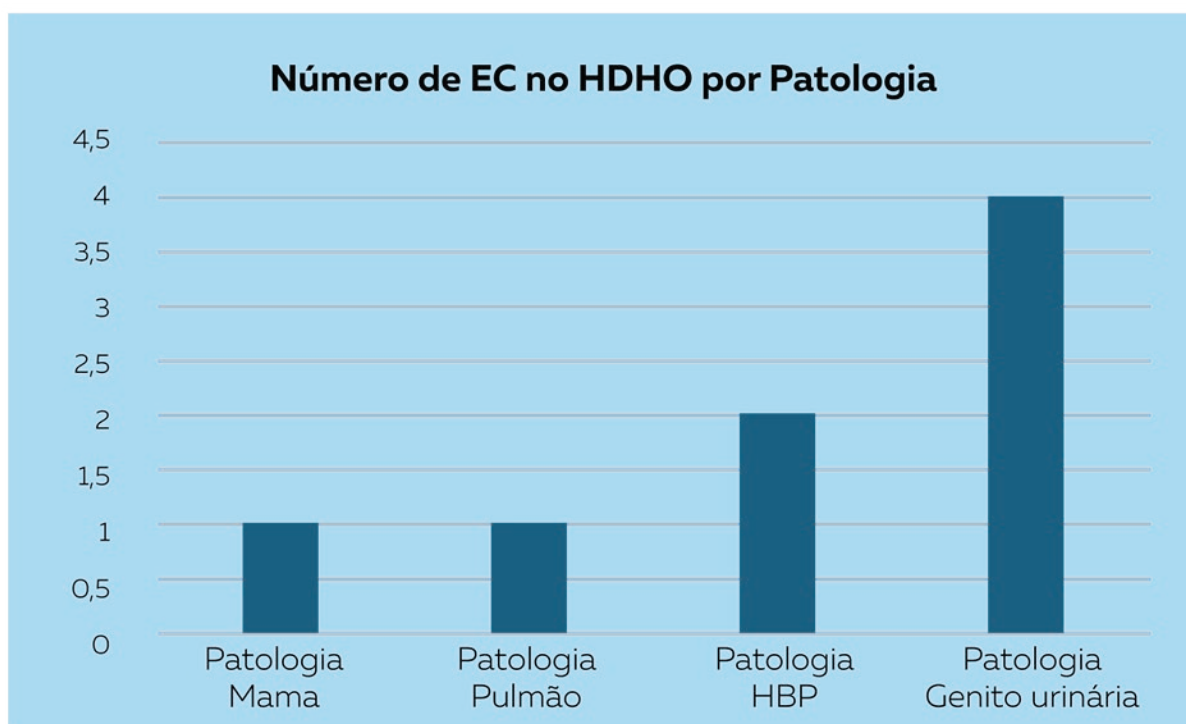


Gráfico 1. Ensaios Clínicos no HDHO por patologia desde 2019

O Ensaio A está em curso no HDHO desde outubro de 2019. O fármaco já obteve AIM. O participante (único em todos os centros de ensaio a nível mundial) mantém-se em tratamento.

Os ensaios B, C, D e F foram já encerrados pelo promotor, no entanto, os doentes randomizados e em tratamento no HDHO foram excluídos anteriormente por progressão de doença.

O Ensaio E decorreu no nosso serviço em duas fases, II e III. O participante da fase II encontra-se em vigilância, o participante da fase III foi excluído do estudo por complicações imunomediadas eventualmente associadas ao fármaco em estudo.

O participante do Ensaio G encontra-se em vigilância.

Quanto ao Ensaio H, aguardam-se doentes elegíveis serem incluídos neste ensaio.

Desta forma, podemos afirmar que a prática clínica no HDHO evidencia o compromisso com o cuidado e com a segurança dos doentes. Reflete também o envolvimento da instituição e da equipa na colaboração para a inovação terapêutica.

Em todos estes EC, os enfermeiros do HDHO são elementos importantes para a sua implementação e realização em conformidade total com os princípios éticos e do protocolo. Os enfermeiros do HDHO assumem:

- acolhimento ao doente, garantia de consentimento informado livre e esclarecido em todas as visitas ao HDHO em contexto de ensaio;
- gestão de agendamentos de tratamentos, exames e consultas de enfermagem, em estreita colaboração com a equipa de investigadores;
- a gestão da terapêutica oral, com cedência de terapêutica, toma vigiada e respetivas vigilâncias;
- administração de terapêutica EV, SC, IM e respetivas vigilâncias;
- registo claro, fiável, pormenorizado e de acordo com as normas do protocolo, de todos os cuidados prestados e intervenções realizadas;
- articulação com coordenador do estudo ou investigador principal sempre que necessário;

CONCLUSÃO

Os ensaios clínicos são fundamentais para o pro-

gresso da medicina e exigem rigor técnico, ético e humano. A experiência do HDHO demonstra o envolvimento da equipa e o papel ativo dos enfermeiros como elos importantes na investigação clínica.

A atuação e o papel dos enfermeiros na investigação é determinante para a implementação dos protocolos de ensaio clínico, para a proteção dos participantes, para a monitorização dos efeitos adversos e para a garantia da qualidade dos dados recolhidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Council of Nurses (ICN). ICN guidelines on advanced practice nursing [Internet]. [cited 2025 Oct 22]. Disponível em: <https://www.icn.ch>
2. Oncology Nursing Society (ONS). Oncology clinical trials nurse competencies [Internet]. 2016 [cited 2025 Oct 22]. Disponível em: https://www.ons.org/sites/default/files/201810/Oncology_Clinical_Trials_Nurse_Competerencies.PDF
3. Portugal. Lei nº 46/2004, de 19 de agosto. Diário da República.
4. Santos A, et al. Domínios dos enfermeiros nos ensaios clínicos. *Onconews*. 2021;43. doi:10.31877/on.2021.43.06
5. Shamley D, Wright B. A comprehensive and practical guide to clinical trials. Cape Town: Academic Press – Elsevier Inc; 2017. ISBN 978-0-12-804729-3.



Patrícia Silva Pereira

Presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa (ESEUL). Doutora em Enfermagem; Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Mestre em Família e Sociedade; Licenciada em Enfermagem; Professora Coordenadora na ESEUL; Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR-ESEUL).

Como avalia atualmente o reconhecimento e a valorização da enfermagem, tanto dentro das organizações de saúde como na sociedade em geral? E de que forma sente que essa perceção tem evoluído?

A enfermagem fez, nas últimas décadas, um percurso notável enquanto disciplina científica. Deixou de ser apenas uma profissão executante para se afirmar como disciplina com corpo de conhecimento próprio, que investiga, publica e constrói teoria. A criação de mestrados e doutoramentos em enfermagem foi decisiva: durante muitos anos, os enfermeiros investigavam, mas em benefício de outras áreas, como ciências da educação ou ciências da saúde de forma mais ampla. Hoje investigam a partir da enfermagem, para a

enfermagem e para as pessoas de quem cuidam.

No entanto, há um claro desfasamento entre este desenvolvimento académico e o reconhecimento que existe nos contextos de prática e na sociedade civil. Este fenómeno não é exclusivo da enfermagem: também nas leis, por exemplo, as normas sobre igualdade de género existem há anos, mas a realidade quotidiana ainda não as acompanha plenamente. Na enfermagem passa-se algo semelhante. Dentro da academia sabemos o caminho que já foi percorrido; nas instituições de saúde esse reconhecimento é desigual; e na sociedade, em muitos casos, ainda se mantém uma imagem muito tradicional: a “enfermeira que dá a vacina” ou que administra a terapêutica.

... nós, enfermeiros e enfermeiras, não temos sido bons embaixadores da nossa profissão.

Hoje, a enfermagem é muito mais do que isso. Trabalhamos na prevenção, na reabilitação, na saúde mental, na gestão, na investigação, na formação, na comunidade, em cuidados continuados, paliativos, entre outros. Temos intervenções autónomas, não farmacológicas, com impacto direto na qualidade de vida das pessoas. Mas grande parte deste trabalho permanece invisível.

Também temos de fazer uma autocritica: nós, enfermeiros e enfermeiras, não temos sido bons embaixadores da nossa profissão. Somos noticiados quando reclamamos melhores condições de trabalho e salariais, e bem, mas existe pouca comunicação sobre a nossa real atuação junto das pessoas, o que efetivamente fazemos.

Muitas vezes remetemos sistematicamente o cidadão "para o médico", mesmo quando temos competência para esclarecer, acompanhar, orientar. Ao fazê-lo, reforçamos a ideia de que somos um "apoio" e não um profissional de referência em muitos domínios do cuidado.

Falta-nos autoestima profissional. Falta-nos a capacidade de dizer claramente: "Isto é enfermagem. Isto é o que eu faço, isto é o meu contributo específico para a saúde das pessoas." Enquanto não assumirmos esta identidade com convicção, será difícil que a sociedade nos reconheça na real dimensão do nosso papel.

Enquanto presidente da Escola Superior de En-

fermagem de Lisboa, qual considera ser o principal desafio que enfrenta atualmente?

O desafio mais imediato é a integração na Universidade de Lisboa. Este processo não surgiu do nada: há mais de 20 anos que temos uma forte colaboração com a Universidade, nomeadamente com o primeiro doutoramento em enfermagem em Portugal, desenvolvido precisamente em parceria com a Universidade de Lisboa. Houve uma tentativa de integração em 2007 que não chegou a concretizar-se por falta de condições políticas, mas agora esse caminho está finalmente a ser concluído.

A partir de janeiro, seremos formalmente a Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa, como unidade orgânica, à semelhança de outras faculdades. E há aqui um ponto essencial: mantemo-nos como escola exclusivamente de enfermagem. Não passamos a ser apenas "um curso" dentro de uma unidade maior. Este detalhe é crucial para o desenvolvimento da disciplina, porque uma instituição focada exclusivamente na enfermagem tem outra capacidade de direcionar recursos, definir prioridades de investigação e consolidar uma cultura própria da profissão.

Ao mesmo tempo, continuamos integrados, por enquadramento legal, no subsistema politécnico, mesmo pertencendo a uma universidade. Este quadro jurídico é antigo e está desajustado da realidade atual do ensino superior em saúde. A nossa visão é que, a prazo, a enfermagem possa adotar a natureza universitária, ao nível do ensino.

Para além desta integração, há outros desafios permanentes:

– **Formar profissionais com pensamento crítico**, capazes de questionar, decidir e participar na construção de políticas de saúde. A enfermagem ainda está pouco representada em lugares de decisão política, apesar de ter muito a contribuir.

– **Gerir um orçamento limitado**, sendo a única escola pública de enfermagem da região de Lisboa. O financiamento não cobre totalmente as necessidades de recursos humanos, nem a manutenção e modernização de infraestruturas, pelo que temos de gerar receitas próprias para manter a qualidade de ensino, de investigação e de apoio aos estudantes.

– **Manter as pessoas motivadas**, docentes e não docentes, num contexto de grande exigência, com necessidade constante de atualização científica e de inovação pedagógica.

Um objetivo de curto prazo em que estamos muito focados é o reforço do **centro de simulação clínica**. Já dispomos de laboratórios avançados, com modelos de alta fidelidade, que permitem ao estudante treinar procedimentos em ambiente seguro – com erros, correções e reflexão –, antes de os aplicar em pessoas reais. Do ponto de vista ético, não é aceitável que a primeira punção venosa, ou a primeira abordagem a uma situação crítica, aconteça diretamente num doente sem qualquer treino prévio.

Que principais mudanças foram introduzidas no plano de estudos da licenciatura em enfermagem? E o que motivou essas alterações?

Fomos pioneiros na alteração do modelo tradicional de ensino. O plano de estudos anterior seguia uma lógica mais "clássica": um período com maior carga teórica, seguido de estágio, como se houvesse um antes e um depois, claramente separados. Entendemos que este modelo já não respondia às necessidades atuais.

Passámos então a apostar numa articulação mais estreita entre:

- **Aulas teóricas e teórico-práticas**, que fornecem a base científica e conceptual;
- **Práticas laboratoriais em pequenos grupos**, onde se treinam procedimentos técnicos e se discute a relação terapêutica;
- **Simulação clínica**, que permite recriar cenários muito próximos da realidade;
- **Ensinos Clínicos**, mais concentrados na fase final, quando o estudante já dispõe de um conjunto de competências técnicas e relacionais previamente treinadas.

Por isso, nos dois primeiros anos o foco é sobretudo contexto académico, laboratorial e simulado, e é apenas a partir do terceiro ano que os estudantes entram em prática clínica contínua. O objetivo é que o primeiro contacto com o doente não seja um "salto para o desconhecido", mas um passo depois de muitos outros já dados em ambiente

protegido.

Esta reorganização também acompanha o que a literatura e as boas práticas internacionais recomendam: garantir que as pessoas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade – doentes e famílias – não sejam expostas, desnecessariamente, à inexperience técnica dos estudantes.

Todas as alterações ao plano são submetidas à **A3ES** (Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior) e à **Ordem dos Enfermeiros**, como parceiro consultado. Além disso, sempre que revemos o plano formativo, convidamos colegas dos contextos de prática clínica a dar o seu parecer. A formação em enfermagem é construída em rede: escolas, serviços de saúde, estudantes e reguladores têm de dialogar.

Quais são as principais dificuldades sentidas pelos estudantes ao longo do curso? E como tem a Escola procurado responder a esses desafios?

Destaco três grandes blocos de dificuldades:

1. Dificuldades económicas e sociais

Muitos estudantes vêm de famílias com menor capacidade económica. Estudar não é apenas pagar propinas; implica deslocações, alojamento, alimentação, material, tempo sem trabalhar. A ação social é, por isso, uma preocupação central. A integração na Universidade de Lisboa reforça os apoios de que podem beneficiar – desde bolsas a serviços de apoio psicológico, entre outros.

2. Transição do ensino secundário para o ensino superior

É uma mudança que exige adaptação a novos ritmos, nova autonomia, novas responsabilidades. Na enfermagem, acrescenta-se um fator particular: o confronto precoce com o sofrimento humano. Mesmo em simulação, os estudantes são expostos a contextos de dor, de doença grave, de morte, de sofrimento familiar. Isso é emocionalmente exigente e obriga a trabalhar também a dimensão relacional, ética e pessoal, não apenas a técnica.

3. Condições de acolhimento na prática clínica

Apesar de existirem serviços com uma cultura muito positiva de ensino clínico, ainda há contex-



tos em que o estudante sente que “está a mais”. As equipas estão cansadas, sobrecarregadas, com poucos recursos, e por vezes é difícil encontrar tempo e energia para orientar. Compreendo esse desgaste, porque também trabalhei muitos anos na prática clínica. Mas, se não acolhermos bem os estudantes hoje, amanhã não teremos profissionais motivados para ficar.

Da nossa parte, temos investido em:

- **Formação de orientadores clínicos** e supervisão;
- **Workshops regulares** com enfermeiros da prática;
- **Acompanhamento próximo** dos estudantes, inclusive quando é necessário intervir em situações de ambiente hostil ou comentários desvalorizadores;
- **Parcerias estruturadas** com as grandes unidades locais de saúde, para garantir estágios de qualidade.

A forma como um estudante é recebido num serviço é, muitas vezes, determinante para decidir se quer – ou não – trabalhar ali no futuro. Num contexto de falta de profissionais, isto não é um detalhe.

E quais são, do ponto de vista da instituição de ensino, os principais desafios internos?

Diria que o grande desafio é manter a escola **viva, exigente e aberta ao futuro**, sem perder a capacidade de autocritica. Formar bem implica reconhecer que o conhecimento está em permanente construção.

Para além disto, temos desafios diários como:

- **Práticas pedagógicas** – Não basta dominar conteúdos científicos; é preciso também desenvolver competência pedagógica. No ensino superior, não há uma formação prévia para ser professor. Por isso criamos oficinas pedagógicas, programas de observação de aulas por pares e outras iniciativas, muitas em parceria com a Universidade de Lisboa, para apoiar os docentes nesse percurso.
- **Ligação à prática clínica** – Mais de uma centena de enfermeiros da prática colaboram connosco como assistentes convidados. Não os escolhemos apenas por que “fazem falta horas”; escolhemo-los pelo perfil, pela experiência, pela capacidade de trazer o quotidiano dos serviços para a sala de aula.
- **Gestão de estágios em larga escala** – Temos cerca de 1200 estudantes só na licenciatura. Diariamente temos cerca de 600 estudantes em ensino clínico na área



metropolitana de Lisboa (e, por vezes, fora dela), é uma tarefa extremamente complexa. A isso juntam-se mais de 300 estudantes de mestrado, alguns também em contexto clínico. É uma logística enorme, que exige coordenação fina com as instituições de saúde.

Queremos que, no fim do curso, o estudante não seja alguém que “repete procedimentos”, mas um profissional capaz de pensar, decidir, comunicar, investigar e participar ativamente na melhoria dos cuidados.

Como deveria ser, na sua perspetiva, a ligação ideal entre academia e prática clínica? E o que ainda falta fazer para que essa sinergia seja plena?

Em termos estruturais já temos o desenho: colegas da prática clínica colaboram na formação, a escola participa na formação contínua dos serviços e desenvolvem-se projetos de investigação conjuntos. Na realidade, há ainda um caminho a percorrer para que esta relação seja vivida como verdadeira parceria.

Gostava que as instituições de saúde e a Escola se reconhecessem mutuamente como **aliadas** na mesma missão. Não como estruturas que “disputam” tempo, recursos ou prestígio. O estudante

não é “da escola”, nem elemento estranho ao serviço; o estudante de hoje, será o colega de amanhã.

Na investigação, este princípio é ainda mais evidente. Não faz sentido produzir conhecimento desligado das necessidades concretas dos serviços. Os projetos mais interessantes e mais úteis são aqueles que nascem dos problemas identificados nos contextos reais: taxas de queda, adesão à terapêutica, sofrimento emocional, sobrecarga de cuidadores, riscos de segurança, organização do trabalho, entre muitos outros. A prática clínica tem de estar sentada à mesa desde o início, a definir perguntas, estratégias e formas de aplicar os resultados.

Temos trabalhado nesse sentido, mas é um movimento que exige tempo, confiança e mudança cultural de ambas as partes.

Sabemos que existe uma taxa significativa de emigração entre recém-licenciados em enfermagem. Como interpreta este fenómeno e que fatores considera mais determinantes?

Em primeiro lugar, por uma questão de **condições de trabalho e de reconhecimento**. O salário é um elemento importante – e, em muitos casos, claramente insuficiente para a exigência, responsabilidade e carga emocional do trabalho

de enfermagem – mas não é o único. Contam também os horários, a previsibilidade da vida familiar, o ambiente de equipa, as oportunidades de progressão, o acesso à formação, o respeito institucional.

Em segundo lugar, vivemos num espaço europeu em que a mobilidade é uma realidade quotidiana. Muitos estudantes fazem Erasmus, conhecem outros sistemas de saúde, outras formas de organização dos serviços, outras culturas profissionais. Quando comparam, é natural que procurem aquilo que melhor se ajusta às suas expectativas e ao seu projeto de vida.

Portugal, em muitos aspetos, **não acompanhou a tempo** esta evolução. Mantiveram-se estruturas e carreiras desenhadas para um contexto que já não existe. Falhou a visão estratégica para antecipar o impacto da globalização e da mobilidade, e para investir consistentemente na valorização dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros.

Há, contudo, um sinal muito positivo: temos cada vez mais **enfermeiros da prática clínica a procurar doutoramento**, não apenas para ingressar na docência, mas para permanecer nos serviços, mais qualificados. O país precisa de enfermeiros doutorados em hospitais, centros de saúde, cuidados continuados, na gestão, na investigação aplicada. Infelizmente, as organizações ainda nem sempre reconhecem ou aproveitam este potencial como poderiam.

Que mensagem gostaria de deixar relativamente ao futuro da formação em enfermagem e ao papel da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa na valorização da profissão?

A mensagem central que gostaria de deixar é esta: **sejam curiosos e orgulhosos da vossa profissão**. A curiosidade é o motor do desenvolvimento de qualquer disciplina. Sem curiosidade, acomodamo-nos; com curiosidade, questionamos, investigamos, inovamos.

A formação em enfermagem não termina com o diploma. Hoje, mais do que nunca, a formação é **ao longo da vida**. Há um mundo de conhecimento disponível, muitos recursos em acesso aberto, projetos interdisciplinares, oportunidades de participação em investigação. O desafio é não nos contentarmos com o mínimo, não fazermos "mais



Cuidar é, antes de mais, um ato profundamente humano.

do mesmo" apenas porque sempre foi assim.

Gostava também de sublinhar a importância da **interdisciplinaridade**. A enfermagem não pode isolar-se. Temos de trabalhar com engenheiros informáticos para desenvolver sistemas de informação que facilitem o nosso trabalho e aumentem o tempo que passamos com as pessoas; com profissionais das artes para encontrar novas formas de expressão e de abordagem do sofrimento humano; com psicólogos, sociólogos, economistas, arquitetos, para pensar espaços de cuidado mais humanos e inclusivos.

E, finalmente, um apelo à **cultura** no sentido mais amplo: música, literatura, cinema, teatro, artes visuais. Cuidar é, antes de mais, um ato profundamente humano. Ler um romance, assistir a um concerto, visitar uma exposição, ver um filme que nos confronta com outras realidades – tudo isto alarga o nosso olhar sobre o outro e sobre o mundo. A enfermagem tem muito a ganhar se se aproximar mais da cultura.

O papel da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, enquanto escola pública integrada na Universidade de Lisboa, é precisamente este: ser um espaço onde se cruzam rigor científico, exigência ética, inovação pedagógica, ligação à prática, abertura à cultura e ao diálogo interdisciplinar. Se conseguirmos formar enfermeiros e enfermeiras curiosos, críticos, cultos e comprometidos com o bem-estar das pessoas, estaremos a contribuir de forma efetiva para a valorização da enfermagem, em Portugal e além-fronteiras.



Núcleo de **Intervenção de Crise e Prevenção de Recaídas**

Virginio Pateiro, Enfermeiro
Flávia Moura Segismundo, Enfermeira.

O Núcleo de Intervenção de Crise e Prevenção de Recaídas funciona no Pavilhão 40 do Hospital Júlio de Matos desde 1 de outubro de 2024. Foi criado para atender a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental em fase de descompensação que necessite de observação clínica (sem consulta agendada para o Psiquiatra assistente), mas que não necessite internamento imediato. É constituída por Psiquiatras, Enfermeiros, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Tem o apoio do administrativo do pavilhão 40. Funciona de 2^ª a 6^ª entre as 9:00- 15:00h.

Atualmente a referenciação é feita através do Serviço de Urgência de Psiquiatria do Hospital de São José. Numa fase posterior está prevista a referenciação por médicos assistentes em regime de in-

ternamento/ consulta externa/ exterior. Após esta referenciação, será efetuada uma triagem pela equipa onde serão feitos os agendamentos de acordo com gravidade clínica e necessidade de resposta. O Registo de referenciação deve incluir:

- História Clínica Sumária com Hipótese Diagnóstica provável;
- Motivo da referenciação;
- Necessidades clínicas imediatas;
- Exames complementares de diagnóstico.

A pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental será acompanhada neste programa (durante um período previsível de 2 meses), até

ao agendamento na consulta do Serviço de Psiquiatria da área de residência, de acordo com o diagnóstico identificado.

Os Critérios de Admissão são:

- 1- Ideação suicida com risco (com ou sem Tentativa de Suicídio), com suporte social e possibilidade de vigilância em ambulatório;
- 2- Comportamento de automutilação (real ou ameaçado), que não justifique, necessariamente o internamento, mas que necessite de avaliação e acompanhamento com brevidade;
- 3- Descompensação da patologia de base, que resulte em perda de funcionalidade grave o suficiente para necessitar de uma observação urgente;
- 4- Sintomatologia Psicótica ou Afetiva Grave que, após avaliação em Serviço de Urgên-

cia, não justifique obrigatoriamente o internamento, mas que necessite de avaliação e posterior acompanhamento breve.

Os critérios de exclusão são:

- 1- Pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental com alterações do comportamento secundárias a quadros confusionais;
- 2- Pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental com alterações do comportamento secundárias a Perturbações do Uso de Substâncias;
- 3- Pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental com Diagnóstico de Síndrome Demencial;
- 4- Pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental com Doença psiquiátrica aguda e grave, cujo tratamento não poderá ser realizado em ambulatório.

Circuito de atendimento **Núcleo de Intervenção de Crise e Prevenção de Recaídas**



CONSULTA DE ENFERMAGEM

Após a admissão da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental na Consulta de Enfermagem é realizada a avaliação - Plano individual instrumental com escalas sobre Conhecimento, Gestão do Regime Terapêutico, Ansiedade (se

aplicável) entre outras. O Enfermeiro elabora o **Plano Individual de Tratamento (PIT)**, seu cumprimento, otimização e monitorização da evolução. O PIT consiste numa Lista de Problemas, que poderá também incluir patologia não psiquiátrica (avaliação de Sinais Vitais, IMC) e questões socio-

profissionais. Este Plano de Cuidados de Enfermagem Individualizado com base nos Diagnósticos, assegura a documentação dos cuidados prestados nos sistemas de informação, dando resposta aos padrões de qualidade e procedimentos implementados;

A continuidade dos cuidados é realizada através de consultas de Enfermagem subsequentes, onde é assegurado o acompanhamento/ vigilância de acordo com as necessidades identificadas.

Após a Alta da consulta de enfermagem a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental é encaminhada para a Consulta Externa, Equipas comunitárias ou Equipa de apoio domiciliário - PRETRARCA.

Após avaliação em consulta de Psiquiatria, a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental poderá ser encaminhada de acordo com necessidades identificadas para a consulta de psicologia, Terapia Ocupacional.



A intervenção comunitária em saúde mental

Paula Proença – Enfermeira. Unidade local de Saúde São José – Hospital Júlio de Matos. Equipa Comunitária de Saúde Mental do Catujal.
Leonor Ribas – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Unidade local de Saúde São José – Hospital Júlio de Matos. Equipa Comunitária de Saúde Mental do Catujal.

1ª Equipa Comunitária Saúde Mental da ULS São José – Hospital Júlio de Matos

O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) e o Decreto-Lei nº113/2021 de 14 setembro, definem as Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) como os pilares fundamentais e estruturantes na prestação de cuidados de saúde mental numa re-

forma da saúde mental que tem emergido como uma prioridade nas políticas públicas de saúde (1). A intervenção comunitária destaca-se como uma abordagem inovadora e efetiva de ganhos em saúde promovendo cuidados acessíveis e integrados (4).

A ECSM Catujal foi criada no final de 2024 sendo

a primeira da ULS São José – Hospital Júlio de Matos localizada na freguesia de Apelação a funcionar no mesmo edifício dos Cuidados de Saúde Primários e em parceria com os mesmos. Esta integração, tem demonstrado ser essencial para uma resposta acessível e humanizada, permitindo a deteção precoce, o acompanhamento contínuo e a redução do estigma, com uma abordagem global e centrada na pessoa.

A equipa multidisciplinar é constituída por Psiquiatras (3), Enfermeiros (2), Psicólogos (2), Terapeuta Ocupacional (1) e Técnica de Serviço Social (1). Todos os elementos da equipa realizam consultas nas várias áreas de intervenção com o objetivo de garantir a prestação de cuidados globais de saúde mental promovendo a recuperação e integração familiar e social com foco numa cidadania plena. A População abrangida é determinada por uma área geográfica bem definida (Figura 1) em articulação com os CSP, RNCCI, IPSS, Camara Municipal, Associações, entre outras.

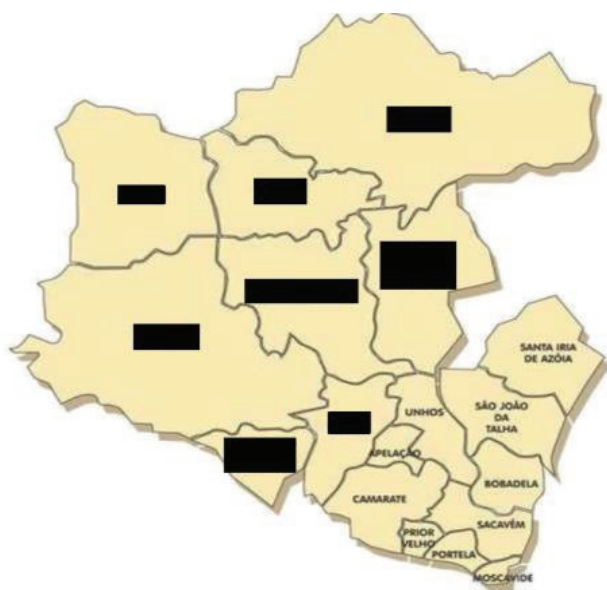


Figura 1 - Mapa das freguesias abrangidas pela ECSMC (Fonte: Google)

Neste contexto, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados especializados, como agentes de mudança e inovação nas práticas clínicas e comunitárias promovendo uma mudança de paradigma na abordagem à doença mental. A proximidade ao local

onde vivem os doentes é um fator de garantia de acessibilidade e continuidade de cuidados.

De referir que o apoio da Câmara Municipal de Loures, ao disponibilizar carro e motorista, tem sido fundamental para garantir visitas domiciliárias eficientes, seguras e próximas da comunidade, promovendo o bem-estar dos utentes e reforçando a colaboração entre instituições.

A abrangência da equipa de enfermagem da ECSMC materializa-se desde as consultas de enfermagem presenciais e telefónicas, as visitas domiciliárias realizadas duas vezes por semana, e o grupo de psicoeducação numa ampla intervenção especializada com enfoque na recuperação, funcionamento e capacitação do doente.

A Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem foi estruturada com o objetivo de avaliar o estado de saúde mental, avaliar a adesão ao regime terapêutico e medicamentoso com recurso à entrevista clínica estruturada e a instrumentos validados e posterior implementação de intervenções psicoterapêuticas individualizadas, numa lógica de continuidade, com monitorização do plano terapêutico (Follow-up) em consultas presenciais e telefónicas regulares em estreita articulação com a equipa multidisciplinar e parceiros da comunidade (3).

A Consulta de Enfermagem de Apoio Domiciliário

As visitas domiciliárias estão estruturadas numa frequência bissemanal e realizadas em parceria com outros elementos da equipa multidisciplinar, uma vez por semana são realizadas em conjunto com a assistente social alternado com médico psiquiatra. São momentos privilegiados de cuidados, a proximidade aumenta a disponibilidade e flexibilidade nas respostas às necessidades dos doentes e efetiva compreensão global do seu contexto comunitário, das condições sociais, habitacionais e familiares.

A casuística da atividade da equipa de enfermagem da ECSMC relativa aos primeiros oito meses revela 896 consultas de enfermagem realizadas e 301 visitas domiciliárias que perfaz um total de 1197 contatos.

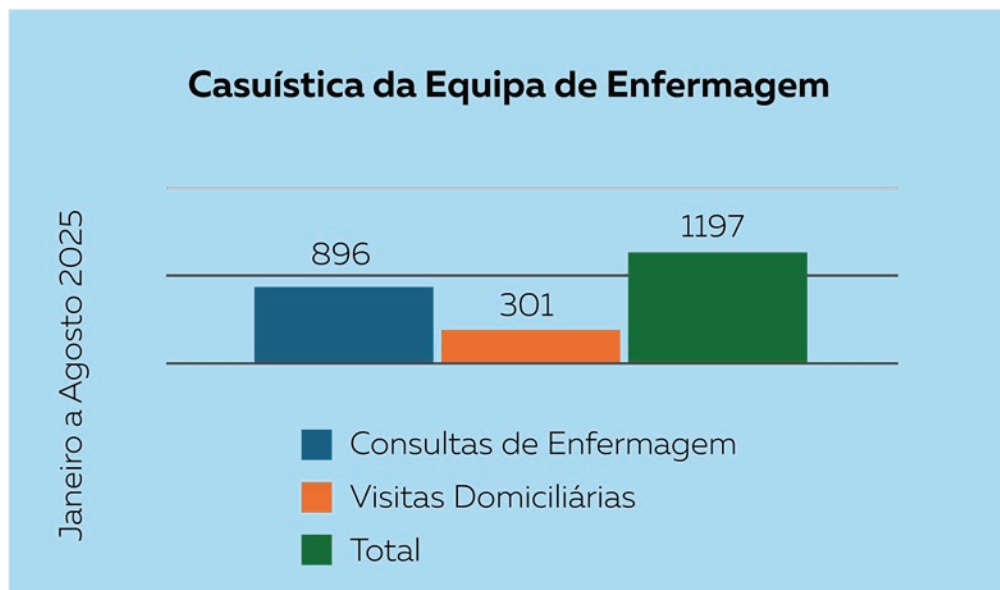


Figura 2 – Casuística da atividade da equipa de enfermagem da ECSMC.

O Grupo de Psicoeducação em Saúde Mental

Encontra-se a decorrer o primeiro grupo de psicoeducação que pretende fornecer informações claras e acessíveis sobre a saúde e a doença mental e seus tratamentos contribuindo desta forma para a redução do estigma, aumento da literacia em saúde mental, promovendo a aceitação do estado de saúde, a qualidade de vida e capacitando as pessoas com experiência de doença mental a compreender e gerir eficazmente a doença mental e o regime medicamentoso reforçando assim a adesão ao seu plano terapêutico (3).

Terapeuta de Referência

Fundamental na organização das ECSM está o modelo de terapeuta de referência. Com base neste modelo a equipa de enfermagem constrói colaborativa com o doente, e sempre que possível com os familiares, o PIC (Plano de Cuidados Individualizado) bem como o PPR (Plano de Prevenção de Recaídas) garantindo a execução do mesmo em articulação com a restante equipa, estruturas da comunidade e família. Como terapeuta de referência o enfermeiro, objetiva a melhoria da adesão ao plano terapêutico e medicamentoso, maior qualidade de vida e bem-estar, melhoria do funcionamento social e da situação de emprego/ocupacional todos estes fatores subjacentes ao modelo de recovery, pilar da intervenção na ECSM (2).

A avaliação dos grupos e projetos a decorrer será realizada no primeiro semestre do próximo ano com expectativas muito positivas face aos resultados esperados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de setembro. Diário da República n.º 240/2021, Série I de 2021-12-14, páginas 104 – 118
- Ordem dos Enfermeiros (2018). O Enfermeiro como Terapeuta de Referência nas Equipas de Saúde Mental Comunitária. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/o-enfermeiro-como-terapeuta-de-refer-ncia-nas-equipas/full-view.html>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da pessoa com Doença mental Grave. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guia_bp_cuidenfesprecupessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf
- Sousa Gago, J., Matos Pires, A., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., Xavier, M. (2023). Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (J. Sousa Gago & M. Xavier, Eds.). Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/gafc-ceib.

ENTIDADES COM PROTOCOLO



ACE

Descubra todas as vantagens em
www.acenfermeiros.pt

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
S.FRANCISCO DAS MISERICÓRDIAS

LIDEL • MARTINS LEMOS AUDIOVISUAIS

INSTITUTO PIAGET • TOP ATLÂNTICO

ISPA CUP • EXTERNATO PASSOS MANUEL

FITOCLINIC • VITA2MOVE

FINEPRINT • PALMEIRO FOODS • ORAL +

NEYA LISBOA HOTEL • MARY KAY

INTEGRATED RESOLUTIONS



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ