



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Perfil do utente com agudização clínica durante o internamento em Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação

Cátia da Costa Esteves, nº29685

junho, 2026

**Perfil do utente com agudização clínica durante o
internamento em Unidades de Cuidados Continuados de
Média Duração e Reabilitação**

Cátia da Costa Esteves

**Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e
Cuidados Intensivos**

2ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médicop-
Cirúrgica no utente em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Mauro Mota

junho, 2026

“The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or recovery that he would perform unaided if he had the necessary strength, will, or knowledge.”

Virginia Henderson

Agradecimentos

Na elaboração deste trabalho, várias pessoas contribuíram de forma decisiva para a sua concretização. Iniciei este percurso numa fase particularmente delicada da minha vida, marcada por desafios pessoais e profissionais exigentes. Ainda assim, graças ao apoio, compreensão e presença de quem me rodeia, foi possível transformar um período difícil numa etapa de crescimento e superação.

Um agradecimento especial aos meus pais, pelo orgulho que sempre demonstraram em mim, mesmo que nem sempre verbalizado, pelo incentivo constante e por acreditarem nas minhas capacidades, mesmo quando eu própria duvidei.

Aos meus orientadores pelo acompanhamento atento, pela orientação científica e pela partilha de conhecimento ao longo de todo o processo investigativo.

A todos os profissionais de saúde que se cruzaram no meu percurso, que partilharam ideias, experiências e conselhos, contribuindo de forma direta ou indireta para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Luís, a quem devo um agradecimento muito especial. Foste inabalável ao longo de todo este percurso, oferecendo-me força, estabilidade e serenidade nos momentos mais difíceis. Num período de grande exigência emocional, foste o meu porto seguro, o meu equilíbrio e o meu maior apoio. Sem ti, este caminho teria sido incomparavelmente mais difícil — foste, verdadeiramente, o meu pilar.

A todos os colegas da UCC Acredita, pela generosidade e espírito de equipa demonstrados, trocando turnos, ajustando horários e garantindo que eu pudesse cumprir cada etapa deste projeto, tornando possível a sua concretização.

Ao Nuno Mendes, amigo que, com enorme paciência, formatou e reformatou este documento inúmeras vezes, compensando a minha pouca destreza com as ferramentas digitais e assegurando a apresentação final do trabalho.

À Enfermeira Mariana Peçanha, pelo apoio e compreensão numa fase em que regressei à vida académica, facilitando a conciliação entre diferentes responsabilidades e contribuindo de forma determinante para que este projeto se tornasse possível.

Por fim, a todos os amigos e familiares que, de diferentes formas, caminharam ao meu lado e contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

A todos, o meu sincero obrigada.

Resumo

Introdução: A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica exige competências diferenciadas, sustentadas numa prática baseada na evidência, na segurança e na qualidade dos cuidados. A formação em contextos clínicos especializados constitui um eixo fundamental no desenvolvimento do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Objetivo: Caracterizar os contextos clínicos; refletir criticamente sobre a organização dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e apresentar os resultados de uma investigação sobre o perfil do utente com agudização clínica em unidades de cuidados continuados.

Métodos: Trabalho reflexivo e descritivo, baseado na análise crítica das experiências de estágio no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva, complementado por revisão narrativa da literatura. Integra ainda um estudo observacional, retrospectivo e quantitativo, realizado numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação.

Resultados: Os dois contextos de estágio revelaram-se complementares no desenvolvimento de competências especializadas relacionadas com a tomada de decisão, gestão de cuidados e segurança do doente. Na investigação, os utentes apresentaram elevada complexidade clínica e funcional. As agudizações associaram-se ao sexo masculino, elevado risco de lesão por pressão, desorientação, dependência funcional e presença de doença respiratória crónica e doença oncológica.

Conclusão: Os diferentes contextos formativos assumem um papel complementar na construção do perfil do Enfermeiro Especialista, promovendo uma prática segura, humanizada e centrada na pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfermagem médico-cirúrgica; Pessoa em situação crítica; Cuidados intensivos; Serviço de urgência; Serviço de Medicina Intensiva;

Abstract:

Introduction: Caring for critically ill patients requires advanced competencies supported by evidence-based practice, patient safety, and quality of care. Training in specialised clinical settings constitutes a fundamental component in the development of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing.

Objective: To characterise the clinical internship settings, critically reflect on the organisation of nursing care provided to critically ill patients, and present the results of a study on the profile of patients experiencing clinical deterioration in a continuing care unit.

Methods: This reflective and descriptive work is based on the critical analysis of internship experiences in the Emergency Department and the Intensive Care Unit, complemented by a narrative literature review. It also includes an observational, retrospective, and quantitative study conducted in a Medium-Term and Rehabilitation Continuing Care Unit.

Results: Both clinical settings proved to be complementary in developing specialised competencies related to decision-making, care management, and patient safety. The research component showed that patients presented high clinical and functional complexity. Clinical deterioration was associated with male sex, high risk of pressure injury, disorientation, functional dependence, and the presence of chronic respiratory disease and oncological disease.

Conclusion: The training settings and the research study contributed to the consolidation of specialised competencies and reinforced the importance of early identification of clinical deterioration and the implementation of preventive interventions targeted at the most vulnerable patients.

Keywords: Medical-surgical nursing; Critically ill patient; Intensive care; Emergency department; Integrated continuing care; Clinical deterioration.

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de gráficos

Lista de abreviaturas e siglas

Introdução	19
Parte I – Estágio em contexto de Urgência e em Cuidados Intensivos	22
1. Estágio em Contexto do Serviço de Urgência	24
1.1 Caraterização do Serviço de Urgência	24
1.1.1. Desenvolvimento de competencias comuns do Enfermeiro Especialista – Em contexto de urgência.....	27
1.2 Desenvolvimento de competências específicas do EEEMC – em contexto de Urgência	35
1.2.1 Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	37
1.2.2 Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	39
1.2.3 Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	41
2. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos	44
2.1 Caraterização do Serviço de Medicina Intensiva de uma Unidade Local de Saúde	44
2.1.1 Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista – Em contexto de cuidados intensivos	45
2.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica	57
2.2.1 Cuida da Pessoa e Família/Cuidadores em Situação Crítica;	57
2.2.2 Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe	59
2.2.3 Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos	61
Análise Comparativa dos Contextos de Estágio e Desenvolvimento de Competências	64
Conclusão	71
Introdução	78
1. Enquadramento teórico	80

2. Metodologia.....	84
3. Resultados	89
4. Discussão	106
5. Conclusão	112
Referencias Bibliográficas	113
Apêndices.....	118
Apendice I.....	119

Lista de tabelas

Tabela 1 - Comparação das competências comuns de EEMC em contexto de SUP e SMI	66
Tabela 2- Comparação das competências específicas de EEMC em contexto de SUP e SMI	69
Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade dos participantes em função do género	89
Tabela 4 - Caraterização sociodemográfica dos participantes em função do género	90
Tabela 5- Estatísticas relativas aos dias de internamento dos participantes em função do género	91
Tabela 6- Estatísticas relativas ao nº de comorbilidades dos participantes em função do género	92
Tabela 7 - Caraterização dos diagnósticos e comorbilidades	92
Tabela 8 - Estatísticas relativas ao n.º de medicamentos dos participantes em função do género	93
Tabela 9- Caraterização da terapêutica dos participantes	94
Tabela 10- Caracterização do risco de úlceras de pressão, de queda, orientação e nível de dependência dos participantes	94
Tabela 11 - Caracterização dos dispositivos, presenças e necessidades dos participantes	95
Tabela 12 - Estatísticas relativas ao n.º de agudizações nos participantes em função do género	96
Tabela 13 - Caracterização das agudizações nos participantes	96
Tabela 14 - Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	97
Tabela 15- Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com o número de agudizações	99
Tabela 16 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis clínicas com o número de agudizações	101
Tabela 17 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as escalas de Braden, de Morse, GCS e grau de dependência com o número de agudizações	103
Tabela 18 - Associação entre as comorbilidades e o número de agudizações dos participantes	104

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Histograma da distribuição do número de agudizações por utente com curva de normalidade

98

Lista de abreviaturas e siglas

ABCDE Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

AVC Acidente Vascular Cerebral

CODU Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS Direção-Geral da Saúde

EEEMC Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI Equipamento de Proteção Individual

IACS Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

OE Ordem dos Enfermeiros

PCR Paragem Cardiorrespiratória

PTM Protocolo de Triagem de Manchester

SAV Suporte Avançado de Vida

SU Serviço de Urgência

SUP Serviço de Urgência Polivalente

TAC Tomografia Axial Computorizada

UCCI Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULS Unidade Local de Saúde

ULSVDL Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões

UPCIRA Unidade de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos

Introdução

Os avanços técnico-científicos na área da saúde têm contribuído para a melhoria dos diagnósticos e intervenções terapêuticas, exigindo profissionais cada vez mais diferenciados e capazes de responder a contextos assistenciais complexos e em constante evolução. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume um papel central na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, desenvolvendo competências orientadas para a deteção precoce, estabilização e intervenção em situações de elevada complexidade, sustentadas na melhor evidência científica.

O desenvolvimento destas competências ocorre através de um percurso formativo que integra a consolidação de conhecimentos clínicos, pensamento crítico e autonomia profissional. O presente relatório surge no âmbito da 2ª edição do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, inserido na unidade curricular Estágio com Relatório Final.

O percurso formativo integrou dois contextos clínicos diferenciados e complementares: o Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde, realizado entre 15 de setembro e 14 de novembro de 2025, e o Serviço de Cuidados Intensivos de outra Unidade Local de Saúde, decorrido entre 17 de novembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026. Estes contextos possibilitaram o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, caracterizadas pela complexidade, imprevisibilidade e necessidade de intervenções rápidas e altamente qualificadas.

Ao longo dos estágios procurou-se desenvolver competências clínicas, científicas e relacionais, alicerçadas nas orientações da Ordem dos Enfermeiros, promovendo uma prática baseada na evidência, centrada na segurança e qualidade dos cuidados. A experiência em contexto de urgência e cuidados intensivos permitiu aprofundar competências na avaliação e intervenção em situações críticas, gestão de cuidados complexos e tomada de decisão em ambientes de elevada exigência. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Ao longo do percurso formativo procurou-se desenvolver e consolidar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sustentando a prática

clínica nas melhores evidências científicas e orientando a intervenção para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Neste sentido, o desenvolvimento das aprendizagens teve como referência as competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente no domínio do cuidar da pessoa e família em processos complexos de doença crítica, da atuação em situações de emergência e da prevenção e controlo de infeção em contextos de elevada complexidade assistencial (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresenta uma natureza transversal e abrangente, integrando diferentes áreas de intervenção diferenciada. Neste enquadramento, a área da pessoa em situação crítica assume particular relevância, exigindo profissionais com elevada capacidade de decisão clínica, gestão de cuidados complexos e atuação em ambientes marcados pela imprevisibilidade e elevada exigência técnica e humana.

O relatório encontra-se estruturado em duas componentes fundamentais. A primeira corresponde à componente clínica, onde se descreve e reflete criticamente o percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos de estágio, evidenciando as competências adquiridas e a sua fundamentação científica. A segunda integra a componente de investigação, traduzida num estudo primário intitulado Perfil do utente com agudização clínica durante o internamento em Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação. Este estudo foi desenvolvido no contexto da minha prática profissional, permitindo explorar uma problemática emergente associada à crescente complexidade dos utentes internados em unidades de cuidados continuados e à necessidade de identificação precoce de sinais de agudização clínica.

A elaboração deste documento segue as normas de referência da American Psychological Association (7ª edição) e as orientações institucionais para trabalhos académicos e relatórios de estágio.

Parte I – Estágio em contexto de Urgência e em Cuidados Intensivos

1. Estágio em Contexto do Serviço de Urgência

1.1 Caracterização do Serviço de Urgência

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023), a organização física e funcional dos serviços de urgência deve assegurar uma distribuição adequada das áreas assistenciais, garantindo a fluidez dos circuitos do doente, a proximidade entre zonas críticas e o acesso rápido a meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O Serviço de Urgência Polivalente (SUP), integrado numa Unidade Local de Saúde, desempenha um papel central na rede de resposta a situações críticas, constituindo uma das principais portas de entrada hospitalar para doentes em situação de urgência e emergência médica. Localizado no segundo piso do hospital, o serviço foi alvo de uma recente requalificação estrutural e funcional, que permitiu otimizar circuitos, melhorar as condições de segurança e reforçar a eficiência na resposta assistencial.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023), a organização física e funcional dos serviços de urgência deve assegurar uma distribuição adequada de áreas assistenciais, garantindo a fluidez dos circuitos do doente, a proximidade entre zonas críticas (como a Sala de Emergência e a área de Observação) e o acesso rápido a meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

A modernização do SUP reflete este alinhamento com as recomendações nacionais e internacionais, promovendo um ambiente seguro, ergonómico e centrado no doente promovendo um ambiente seguro, ergonómico e centrado no doente, em consonância com os princípios internacionais de segurança do doente preconizados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021).

Para o enfermeiro especialista, o conhecimento detalhado da estrutura física dos fluxos operacionais e dos recursos disponíveis é fundamental para o exercício de uma prática clínica informada, crítica e responsável. Esta compreensão permite antecipar riscos, otimizar intervenções e fortalecer a coordenação interprofissional, promovendo uma cultura de segurança e qualidade dos cuidados, em consonância com os princípios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) e pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019).

A equipa do SUP é constituída por um corpo clínico de aproximadamente quatro

médicos residentes, seis equipas de enfermagem que integram entre 110 e 115 enfermeiros, cada uma sob a supervisão de um enfermeiro responsável, e ainda 60 a 70 assistentes operacionais.

O serviço funciona de forma ininterrupta, organizando-se em três turnos diários:

- Manhã: 08h00–16h00, com cerca de 19 enfermeiros;
- Tarde: 16h00–00h00, com número semelhante de profissionais;
- Noite: 23h45–08h00, com uma média de 16 enfermeiros.

Esta estrutura de turnos reflete o modelo organizacional recomendado para serviços de urgência de elevada afluência, permitindo assegurar continuidade e vigilância permanente dos cuidados, conforme orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023).

A estrutura física do SUP está distribuída por múltiplas áreas assistenciais e de apoio, desenhadas para otimizar o fluxo de doentes, a articulação entre equipas e a resposta diferenciada face à gravidade clínica. Estas áreas incluem:

Triagem: três unidades individuais de atendimento, garantindo a aplicação do Sistema de Triagem de Manchester, fundamental para priorizar o risco clínico e organizar o fluxo de atendimento dos utentes;

Gabinete de informações: localizado na sala de acompanhamentos, operacional das 08h00 às 24h00;

Área dos Amarelos: dois gabinetes para doentes autónomos ou em cadeira de rodas e um gabinete para doentes em maca (seis unidades individuais);

Área de Verdes/Ortopedia: equipada com uma marquesa e dois cadeirões, destinada a situações menos urgentes;

Área Cirúrgica: subdividida em Cirurgia (seis unidades individuais) e Pequena Cirurgia (duas unidades);

Sala de Emergência: equipada com quatro unidades individuais, preparada para

situações críticas e emergências vitais, obedecendo a princípios de segurança e acessibilidade recomendados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021);

Área Médica: dezasseis unidades individuais, destinadas à abordagem clínica de patologias médicas agudas;

Sala de Observações: espaço de monitorização contínua para doentes em vigilância ou em fase de decisão diagnóstica;

Unidade de Decisão Clínica: destinada à continuidade de abordagem diagnóstica e terapêutica, otimizando o tempo de internamento e a eficiência dos cuidados;

Áreas não clínicas: copa, armazéns, e vestiários, que asseguram o suporte logístico e operacional ao serviço.

A diversidade de áreas funcionais e a organização dos recursos humanos permitem ao SUP responder de forma célere e diferenciada às necessidades emergentes, garantindo cuidados seguros e centrados na pessoa, princípios basilares da World Health Organization (2021) e do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 (DGS, 2021).

Enquanto serviço inserido num hospital central e com uma vasta área de influência populacional, o SUP enfrenta desafios relacionados com a adequação dos recursos humanos às necessidades assistenciais. O aumento da procura e a crescente complexidade clínica dos utentes exigem uma gestão equilibrada das equipas, de forma a garantir a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (DGS, 2021; WHO, 2021).

A adequação dos recursos humanos constitui um fator determinante para a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados prestados, sendo uma preocupação constante das organizações de saúde e das políticas de segurança do doente (DGS, 2021; WHO, 2021).

Neste contexto, o reforço das equipas de enfermagem é essencial não apenas para garantir a qualidade técnica, mas também para preservar a humanização do cuidado, dimensão central do exercício profissional e da prática do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

1.1.1. Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista – Em contexto de urgência

A prática clínica no Serviço de Urgência (SU) caracteriza-se pela resposta a situações urgentes e emergentes, marcadas por elevada complexidade clínica e necessidade de intervenção rápida e segura. Neste contexto, a atuação do enfermeiro exige a mobilização de competências especializadas que assegurem a qualidade, segurança do doente e eficácia das intervenções.

A manutenção da qualidade e segurança no SU depende não apenas do conhecimento técnico, mas também de um enquadramento estruturado de competências e de processos de formação contínua, sustentados em práticas baseadas na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Nos serviços de urgência, o enfermeiro desempenha um papel central na prestação de cuidados imediatos, assumindo responsabilidades que vão além do cuidado direto, contribuindo para a segurança, organização e humanização da resposta assistencial (World Health Organization, 2021).

O enfermeiro é responsável pela triagem inicial, utilizando sistemas como o Manchester Triage System, para classificar a gravidade dos casos e priorizar o atendimento. Esta avaliação permite encaminhar os utentes para as áreas adequadas, otimizar o fluxo assistencial e garantir respostas céleres em situações de emergência. A utilização de sistemas estruturados de triagem permitem priorizar os utentes de acordo com a gravidade clínica, contribuindo para uma gestão mais eficiente do fluxo assistencial e para uma resposta adequada às situações de urgência e emergência.

A prestação de cuidados diretos inclui administração de terapêutica, monitorização contínua de sinais vitais e suporte em intervenções de emergência. A vigilância contínua do doente crítico está associada à melhoria dos desfechos clínicos e à redução de eventos adversos (Runciman et al., 2020).

No SU, o enfermeiro organiza o ambiente de trabalho, coordena a equipa, distribui tarefas e assegura o cumprimento rigoroso dos protocolos, mantendo a eficiência do serviço mesmo em contextos de elevada pressão e fluxo contínuo de pacientes (World Health Organization, 2021). Garante comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, utentes

e familiares, fornecendo informações sobre estado clínico, procedimentos realizados e orientações de cuidados posteriores. Além disso, oferece suporte emocional, ajudando a reduzir ansiedade e medo associados a situações críticas, promovendo uma abordagem humanizada do cuidado

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na área da Pessoa em Situação Crítica, possui competências avançadas que permitem uma intervenção mais rápida, complexa e assertiva em utentes críticos, destacando-se:

- **Tomada de decisão clínica avançada:** Avalia rapidamente a gravidade do utente, identifica sinais precoces de deterioração e implementa intervenções complexas de forma autónoma, reduzindo riscos de complicações e mortalidade. Evidência científica mostra que enfermeiros especializados em cuidados críticos conseguem identificar deterioração clínica mais precocemente, diminuindo eventos adversos (Endacott et al., 2019).
- **Gestão de situações críticas complexas:** A liderança em contextos críticos está associada a melhores resultados clínicos e maior segurança do doente (Salas et al., 2015).
- **Intervenções técnicas e especializadas:** Incluem suporte avançado de vida e monitorização hemodinâmica, exigindo competências técnicas diferenciadas (Vincent et al., 2020).
- **Gestão e liderança em contexto de urgência:** A liderança estruturada contribui para melhor coordenação da equipa e redução de erros clínicos.
- **Educação e formação contínua:** O enfermeiro especialista assume também um papel formador, promovendo práticas seguras e baseadas na evidência.

Em suma, a presença do Enfermeiro Especialista em contexto de urgência potencia a eficácia da resposta, melhora os resultados clínicos e contribui para a segurança e qualidade dos cuidados.

De forma a maximizar as aprendizagens durante o estágio, considereei essencial orientar a prática pelos Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no que respeita às competências específicas do EEEMC na área da Pessoa em Situação Crítica.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou iminência de falência de funções vitais, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os cuidados especializados caracterizam-se pela elevada complexidade e pela necessidade de antecipação de complicações, exigindo capacidade de observação, análise e tomada de decisão clínica contínua. Os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns, estruturadas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 140/2019, desenvolvidas ao longo da prática clínica em contexto de urgência.

Competências no Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 140/2019, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal exige que o Enfermeiro Especialista desenvolva uma prática fundamentada em normas legais, princípios éticos e deontológicos, assegurando cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No decorrer do estágio em contexto de urgência, procurei aplicar estes princípios de forma consistente, sustentando a minha prática na evidência científica mais atual, através da consulta de normas, protocolos e algoritmos institucionais, assegurando a atualização contínua do meu conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Relativamente aos cuidados centrados na pessoa, procurei respeitar a privacidade física e a confidencialidade dos dados clínicos, salvaguardar a dignidade do utente e respeitar a sua autonomia, incluindo o direito à escolha relativamente aos procedimentos realizados. Sempre me apresentei pela função e nome, informando os utentes sobre o meu papel enquanto estudante da especialidade, utilizando o cartão de identificação institucional e esclarecendo todas as dúvidas sobre os cuidados a realizar. Esta prática permitiu garantir confidencialidade e segurança na comunicação e nos registos clínicos, em consonância com o Código Deontológico dos Enfermeiros (Portugal, Lei n.º 156/2015).

Durante a passagem de turno, procurei refletir criticamente sobre a comunicação em contexto clínico junto ao doente, equilibrando a necessidade de transmissão de informação completa com a preservação da confidencialidade, mesmo perante limitações físicas do serviço (Direção-Geral da Saúde, 2017).

No caso clínico de maior complexidade acompanhado durante o estágio, que culminou no falecimento do utente, foi necessário comunicar a situação à família de forma ética e humanizada, oferecendo apoio emocional e informações claras sobre o estado clínico e cuidados realizados. Esta experiência reforçou a importância da sensibilidade, empatia e respeito pela dignidade nos momentos mais críticos.

Além disso, procurei adotar uma postura não julgadora, respeitando sempre a decisão do utente quando recusa determinados tratamentos ou fármacos, assim como quando, na triagem, determinados motivos de procura do SU não configuram uma situação de urgência. Esta abordagem, fundamentada nos princípios éticos e no Código Deontológico, permite uma prática centrada na pessoa, respeitadora da autonomia, sem imposição de juízos de valor sobre escolhas individuais (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Beauchamp & Childress, 2019).

Todas as decisões clínicas, interações com familiares e abordagens éticas foram alvo de reflexão crítica, consolidando competências essenciais neste domínio e reforçando a importância de que cada ação, decisão ou comunicação esteja alinhada com padrões éticos, legais e deontológicos, promovendo segurança, dignidade e respeito pelos direitos do utente em situações críticas.

Considero ter consolidado competências essenciais neste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através da prática de cuidados centrados na pessoa, com respeito pelos direitos humanos e pela individualidade de cada utente. Ao longo do estágio, procurei assegurar a segurança, privacidade e dignidade em todas as intervenções, integrando os princípios éticos, legais e deontológicos na prática clínica quotidiana. Esta experiência permitiu reforçar a consciência crítica sobre a importância da ética profissional, da comunicação respeitosa e da tomada de decisões fundamentadas, contribuindo para a prestação de cuidados seguros, humanizados e de qualidade.

Competências no Domínio da melhoria Contínua da Qualidade

De acordo com o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista, no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, desempenha um papel dinamizador nas iniciativas estratégicas institucionais, desenvolve práticas de qualidade, colabora em programas de melhoria contínua e garante a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A qualidade em saúde traduz-se na prestação de cuidados acessíveis, equitativos e centrados na pessoa, com elevado nível de desempenho profissional, ajustados aos recursos disponíveis e às necessidades e expectativas dos cidadãos (Ministério da Saúde, 2015). Este conceito integra dimensões fundamentais como segurança, eficácia, eficiência e satisfação do utente, sendo a segurança do doente um eixo central da prática clínica.

Neste enquadramento, o EEEMC na área da Pessoa em Situação Crítica, desempenha um papel determinante na governação clínica, na gestão do risco e na implementação de práticas baseadas na evidência, com impacto direto na melhoria dos resultados em saúde.

No decurso do estágio em contexto de urgência, a atuação centrou-se na gestão do risco clínico, com enfoque na identificação inequívoca da pessoa, dos fármacos e dos dispositivos médicos, enquanto estratégia fundamental na prevenção de eventos adversos. Foi atribuída particular relevância à problemática dos medicamentos LASA (look-alike, sound-alike) e dos fármacos de alto risco, reconhecidos como fatores críticos na ocorrência de erros de medicação em contexto hospitalar, sendo esta área amplamente enquadrada pelas recomendações de segurança do doente e boas práticas internacionais.

A segurança na transição de cuidados constituiu igualmente uma área prioritária de intervenção, sendo promovida a utilização de comunicação estruturada entre profissionais de saúde, como medida essencial para a redução de falhas de comunicação e melhoria da continuidade assistencial, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2007).

A avaliação da pessoa em situação crítica foi operacionalizada através de abordagens sistematizadas como o método ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), permitindo uma resposta clínica rápida, estruturada e orientada para a prioridade clínica.

Paralelamente, a metodologia ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) revelou-se um instrumento essencial na padronização da comunicação clínica, promovendo a clareza da informação transmitida entre profissionais e reforçando a segurança na continuidade dos cuidados.

No âmbito dos registos de enfermagem, foi promovida a melhoria da sua qualidade através da sistematização do raciocínio clínico, assegurando a sua coerência,

rastreabilidade e utilidade clínica. Para esse efeito, foram utilizados modelos estruturados de avaliação, como a abordagem céfalo-caudal e o método ABCDE, enquanto instrumentos de suporte à tomada de decisão em contexto de pessoa em situação crítica.

Em paralelo, foi assegurada a adesão rigorosa às normas de prevenção e controlo de infeção emanadas pela Direção-Geral da Saúde, com particular enfoque na utilização adequada de equipamentos de proteção individual e na aplicação de técnicas assépticas em procedimentos invasivos, contribuindo para a redução do risco de infeção associada aos cuidados de saúde.

Neste sentido, considera-se ter sido desenvolvido o domínio da melhoria contínua da qualidade através de uma prática clínica estruturada, reflexiva e sustentada na evidência científica, com impacto direto na segurança, qualidade e continuidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Competência no Domínio da Gestão dos Cuidados

As competências na gestão dos cuidados referem-se à capacidade do enfermeiro especialista para gerir e coordenar os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e assegurando uma articulação eficaz com a equipa multiprofissional. Segundo o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de saúde, e adapta a liderança e a gestão dos recursos a situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No contexto do SUP, a gestão dos cuidados assume particular relevância devido à elevada complexidade, imprevisibilidade e necessidade de priorização constante. No SUP onde realizei o meu estágio, foi possível observar a importância do enfermeiro responsável de turno na distribuição das tarefas, organização dos fluxos de trabalho e articulação entre as várias áreas do serviço (triagem, sala de emergência, sala de observação, entre outras).

Durante o estágio, tive oportunidade de acompanhar a enfermeira responsável de turno, experiência que me permitiu compreender, na prática, as responsabilidades e desafios associados ao papel do enfermeiro responsável de turno. Através desta observação direta, percebi que esta função envolve a gestão de stocks e de recursos humanos, a mobilização de enfermeiros e assistentes operacionais para as áreas mais críticas, a requisição de

medicação à farmácia, bem como a mediação e resolução de reclamações apresentadas por utentes ou familiares, sempre com foco na segurança, na eficiência e na humanização dos cuidados.

A observação do trabalho do enfermeiro responsável de turno e o envolvimento progressivo nas suas responsabilidades permitiram-me compreender que a gestão dos cuidados vai muito além da organização de tarefas — envolve a criação de um ambiente terapêutico seguro, a gestão de conflitos, a promoção do trabalho em equipa e a garantia da continuidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Apesar de, no meu serviço de origem, já desempenhar funções de gestão enquanto Diretora Técnica de um Lar de Idosos, a realidade do SUP revelou-se bastante distinta, exigindo adaptação rápida, flexibilidade e priorização constante. Enquanto no contexto institucional geri essencialmente recursos humanos, materiais e a articulação com famílias e entidades externas num ambiente de continuidade de cuidados, no SU deparei-me com uma dinâmica muito mais intensa, imediata e imprevisível, onde as decisões têm impacto direto e imediato na segurança e sobrevivência dos doentes. A observação do papel do enfermeiro responsável de turno permitiu compreender a importância da gestão de recursos humanos e materiais, organização do serviço e articulação entre diferentes áreas assistenciais.

A liderança em contexto crítico exige capacidade de adaptação, comunicação eficaz e tomada de decisão rápida, assegurando a segurança e continuidade dos cuidados.

Considero ter desenvolvido competências neste domínio da Gestão dos Cuidados, tendo desenvolvido um pensamento crítico e reflexivo sobre a importância da liderança, da comunicação e da organização para a qualidade e segurança da prática clínica especializada. Este processo permitiu-me fortalecer a minha autonomia e sentido de responsabilidade enquanto futura EEEMC, com foco na pessoa em situação crítica.

Competências no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 140/2019 estabelece que no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, bem como basear a sua prática clínica especializada na evidência científica. Estas competências são essenciais para a construção

de uma prática profissional reflexiva, ética e sustentada, que promova o crescimento pessoal e o desenvolvimento contínuo do conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O autoconhecimento revelou-se fundamenta da prática profissional, permitindo ao enfermeiro reconhecer os seus limites, forças e fragilidades, de modo a melhorar continuamente o desempenho e a qualidade dos cuidados. Durante este estágio, procurei desenvolver um olhar crítico sobre as minhas ações e reações, identificando áreas de melhoria e consolidando a capacidade de atuar com segurança e confiança em contextos de elevada exigência, como o SUP.

O meu contexto profissional habitual, numa unidade de cuidados continuados integrados (UCCI), difere significativamente do ambiente hospitalar e da dinâmica do SUP. Embora também existam situações de agudização clínica e episódios de instabilidade súbita, a realidade assistencial é distinta, caracterizando-se por um acompanhamento mais prolongado, centrado na reabilitação e na continuidade dos cuidados. Esta diferença tornou-se particularmente evidente durante o estágio, ao deparar-me com a rapidez de resposta, a imprevisibilidade e a complexidade das situações emergentes características do serviço de urgência.

Enquanto diretora técnica de um lar de idosos, desempenho diariamente funções de gestão e liderança, sem nunca abdicar da minha identidade profissional como enfermeira. Este papel desafia-me a equilibrar a dimensão administrativa com a responsabilidade clínica, atuando frequentemente em contextos com recursos limitados, o que exige criatividade, autonomia e capacidade de decisão ponderada. A experiência neste contexto reforçou a importância do autoconhecimento — reconhecer os meus limites e os do sistema — e a necessidade de manter uma prática sustentada na reflexividade, na evidência científica e na ética profissional, mesmo quando as condições não são ideais.

Assim, este estágio em ambiente hospitalar permitiu-me ampliar a perceção sobre as minhas competências, compreender de forma mais profunda as diferenças entre níveis de cuidados e consolidar a convicção de que o enfermeiro, independentemente do contexto onde exerce, deve pautar a sua prática pelos mesmos princípios de qualidade, segurança e humanização dos cuidados.

A assertividade constituiu igualmente um aspeto central neste percurso de aprendizagem. Reconheço que, num contexto de trabalho marcado pela pressão e pela necessidade de decisões rápidas, comunicar de forma clara, objetiva e respeitosa é essencial para a

eficácia da equipa e para a segurança dos cuidados. Ao longo do estágio procurei expressar as minhas opiniões e dúvidas de forma construtiva, demonstrando iniciativa e responsabilidade, mas também abertura para o diálogo e a aprendizagem contínua com colegas e tutores. Essa capacidade de ouvir e fazer-me ouvir, sem impor, mas também sem omitir, contribuiu para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista.

No que respeita à prática baseada na evidência científica, mantive uma postura proativa na procura e aplicação de conhecimento atualizado. Assumi o compromisso de fundamentar todas as minhas decisões clínicas e intervenções em evidência científica recente, protocolos institucionais e normas da Direção-Geral da Saúde), promovendo uma prática segura e de qualidade. Sempre que identifiquei áreas de maior dificuldade ou incerteza — como, por exemplo, na abordagem inicial ao doente crítico ou em situações de instabilidade hemodinâmica — procurei informação científica atualizada e discuti as situações com os tutores, o que me permitiu consolidar o raciocínio clínico e aumentar a confiança na tomada de decisão.

Esta postura reflexiva e baseada na evidência traduziu-se também em iniciativas práticas, como a elaboração de materiais de apoio para a equipa, como o protocolo de atuação na febre, desenvolvido a partir da revisão da literatura. Paralelamente, a elaboração do caso clínico contribuiu para o aprofundamento do pensamento crítico e a integração de conhecimento teórico e prático, consolidando competências na análise sistematizada da pessoa em situação crítica.

Considero que este percurso contribuiu para o fortalecimento da capacidade de articular teoria e prática, promovendo uma atuação clínica sustentada na evidência e contribuindo, simultaneamente, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para o crescimento da equipa.

1.2 Desenvolvimento de competências específicas do EEEMC – em contexto de Urgência

A prevenção, intervenção e controlo da infeção, bem como a gestão da resistência antimicrobiana, constituem competências centrais EEEMC na área da pessoa em situação crítica, conforme definido no Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Em

contextos de elevada complexidade clínica, estas competências assumem um papel determinante na garantia da segurança e qualidade dos cuidados.

A pessoa em situação crítica apresenta risco iminente de falência orgânica, exigindo vigilância contínua, intervenção célere e tomada de decisão fundamentada. Neste contexto, o EEEMC desempenha um papel essencial na identificação precoce de fatores de risco, implementação de medidas preventivas baseadas na evidência e resposta adequada a situações de instabilidade clínica.

A sua atuação integra não apenas competências técnicas, mas também capacidade de análise crítica de dados clínicos, gestão do risco e articulação com a equipa multidisciplinar, assegurando intervenções adequadas à gravidade da situação e realizadas em tempo útil.

A integração destas competências contribui diretamente para a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), melhoria da utilização de antimicrobianos e otimização dos resultados em saúde, reforçando o papel do enfermeiro especialista na promoção da segurança do doente (World Health Organization, 2011).

No decorrer do estágio, foram desenvolvidas e consolidadas as competências do EEEMC, com foco na pessoa em situação crítica, suportando a prática clínica nas melhores evidências científicas disponíveis. Este processo permitiu contribuir de forma significativa para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, orientando intervenções adequadas às necessidades da pessoa, família e cuidadores, mesmo em contextos de elevada complexidade e risco clínico.

Como referência, o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece três competências específicas centrais nesta área de atuação:

Cuidar da pessoa, família e cuidadores que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, considerando a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Estas competências formam o eixo orientador da prática clínica especializada, permitindo que o enfermeiro atue de forma autónoma, segura e eficaz, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a segurança do doente em situação crítica.

1.2.1 Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

No contexto do SUP, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica exige avaliação sistemática, identificação precoce de deterioração clínica e intervenção imediata e fundamentada, sustentada em raciocínio clínico e tomada de decisão em tempo útil.

A pessoa crítica é aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou risco de falência de funções vitais, necessitando de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A abordagem neste contexto exige decisões rápidas, pensamento crítico e atuação baseada em prioridades clínicas, integrando competências de comunicação, tomada de decisão e trabalho em equipa multidisciplinar.

Para além da dimensão técnica, o cuidado inclui a família, reconhecendo o impacto emocional associado à doença crítica. A prática de enfermagem deve ser centrada na pessoa, respeitando valores, crenças e contexto familiar, promovendo dignidade, humanização e continuidade de cuidados. A comunicação com a família constitui um elemento essencial da prática clínica segura e de qualidade, contribuindo para a confiança na equipa e para a redução da ansiedade em contextos de elevada incerteza (World Health Organization, 2017).

Durante o estágio, estas competências foram mobilizadas na monitorização contínua de doentes críticos, adaptação de intervenções e apoio à família em momentos de elevada vulnerabilidade. Destaca-se a importância do enfermeiro de informações, função que assegura a comunicação regular com familiares, promovendo esclarecimento, redução da ansiedade e continuidade da informação clínica.

Durante o estágio, estas competências foram mobilizadas na monitorização contínua de doentes críticos, adaptação de intervenções e apoio à família em momentos de elevada vulnerabilidade.

Uma experiência particularmente relevante foi ter a percepção de uma das funções do enfermeiro de informações, criado durante a pandemia de COVID-19 e mantido posteriormente. Este profissional estabelece contacto regular com os familiares, de duas em duas horas ou de duas horas e meia, fornecendo informações sobre o estado do utente, esclarecendo dúvidas e reduzindo a ansiedade da família. Em determinadas situações, é possível que um familiar se aproxime do utente, acompanhando de perto o cuidado prestado, num equilíbrio entre segurança clínica e humanização do atendimento. Esta função, reforçada no contexto pandémico e mantida posteriormente em muitos serviços de urgência, permite uma comunicação organizada e sistemática com a família, facilitando a compreensão da evolução clínica do doente e promovendo uma relação de confiança com a equipa de saúde (World Health Organization, 2017).

Outro momento significativo foi a abordagem ao luto na Sala de Emergência. Quando ocorreu o falecimento de um utente, foi permitido que o familiar estivesse presente e se despedisse, promovendo dignidade e respeito num momento particularmente sensível. Esta experiência evidenciou o papel do enfermeiro na gestão de situações críticas e de fim de vida, integrando suporte emocional, comunicação eficaz e humanização da prática de cuidados.

Durante o estágio, foi aplicada a metodologia ABCDE, garantindo uma avaliação sistemática da pessoa em situação crítica: A – via aérea; B – ventilação; C – circulação; D – disfunção neurológica; E – exposição e controlo da temperatura, permitindo uma abordagem estruturada e orientada para prioridades clínicas. Após estabilização, incluiu-se o F – família, valorizando a presença e o acompanhamento do familiar sempre que possível.

A abordagem ao doente crítico exige também atuação integrada com equipas multidisciplinares e baseia-se em princípios de segurança, eficácia e resposta rápida, alinhados com as recomendações internacionais para a abordagem sistematizada do doente em situação de emergência (European Resuscitation Council, 2021).

Estas experiências permitiram-me consolidar competências essenciais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica: cuidado integral centrado na pessoa e família, tomada de decisão rápida e informada, intervenção clínica avançada e humanização do cuidado, mesmo em contextos de elevada pressão e complexidade clínica. A vivência destas situações reforçou a importância de

uma abordagem que combine excelência técnica com sensibilidade ética e emocional, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

1.2.2 Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

No contexto do SUP a capacidade de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe assume um papel central na prática do EEEMC com foco na área clínica, exigindo uma atuação fundamentada no conhecimento científico, na liderança clínica e na gestão eficiente de recursos humanos e materiais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O SUP é um ambiente dinâmico, imprevisível e de elevada pressão, onde a rápida tomada de decisão, a comunicação eficaz e a articulação interprofissional são determinantes para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados ao doente crítico.

No SUP coexistem diferentes níveis de organização e interação entre profissionais e doentes, sendo a triagem o primeiro nível de contacto. Nesta fase, ocorre uma relação de um para um entre o profissional e o utente, com o objetivo de avaliar a prioridade clínica com base na gravidade da situação e não na ordem de chegada. Este processo é essencial para dinamizar a resposta imediata e organizada às situações de emergência e exceção, otimizando a utilização dos recursos e garantindo que os doentes em maior risco recebem cuidados atempados.

O Protocolo de Triagem de Manchester (PTM), implementado em Portugal em 2000, estabelece uma metodologia estruturada de avaliação baseada em fluxogramas e discriminadores clínicos, permitindo categorizar o doente em cinco níveis de prioridade: Vermelho (emergente) – atendimento imediato; Laranja (muito urgente) – atendimento em até 10 minutos; Amarelo (urgente) – até 60 minutos; Verde (pouco urgente) – até 120 minutos; Azul (não urgente) – até 240 minutos (Grupo Português de Triagem, 2003).

A utilização deste sistema é determinante na gestão eficiente das emergências, permitindo direcionar os cuidados de acordo com o risco clínico e garantir resposta atempada aos doentes em situação crítica.

A dinamização da resposta em situações de emergência inicia-se na triagem, onde o enfermeiro, através de uma avaliação rápida e sistematizada, identifica situações críticas

e ativa os mecanismos adequados de resposta, incluindo ativação da Sala de Emergência e mobilização da equipa multidisciplinar. Esta atuação exige competências clínicas avançadas, pensamento crítico e comunicação eficaz.

Enquanto futura Enfermeira Especialista, reconheço que dinamizar a resposta vai muito além da intervenção direta no momento da crise — implica também planeamento, treino e coordenação.

Durante o estágio, foi possível observar a importância de procedimentos previamente definidos, bem como a preparação das equipas através de simulações, formação em SAV e atualização de protocolos, contribuindo para a prontidão operacional em situações de elevada exigência.

Foi-me possível acompanhar doentes em contexto de via verde AVC e outras situações críticas, incluindo transferências para exames complementares de diagnóstico, como TAC em suspeita de AVC ou traumatismo crânio-encefálico.

Tive também a oportunidade de participar em várias Vias Verdes AVC, desde a fase de receção e triagem até à monitorização contínua durante os exames de imagem e a realização de fibrinólise, quando indicada. A atuação nestes contextos exige uma resposta célere, articulada e sustentada em protocolos bem definidos, uma vez que o AVC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, e a reversão precoce do evento isquémico está diretamente associada ao tempo decorrido entre o início dos sintomas e o início do tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Durante o estágio, participei em contextos de administração de terapêutica trombolítica, sob supervisão, com monitorização hemodinâmica e neurológica contínua, vigilância de complicações e aplicação rigorosa de protocolos de segurança. A evidência internacional reforça que a eficácia da trombólise depende diretamente da rapidez de atuação e da coordenação entre equipas (European Stroke Organisation, 2021).

A Via Verde AVC constitui um circuito assistencial prioritário que visa reduzir o tempo entre o início dos sintomas e a intervenção terapêutica, otimizando a sobrevivência e a recuperação funcional dos doentes (DGS, 2012). A operacionalização deste processo depende fortemente da coordenação entre o pré-hospitalar e o hospitalar, nomeadamente entre o INEM, o CODU, a equipa da Urgência Hospitalar e a neurorradiologia. A rapidez na triagem, o reconhecimento precoce dos sinais de AVC e a ativação imediata da Via

Verde são determinantes para a administração atempada da fibrinólise intravenosa, idealmente dentro das primeiras 4,5 horas após o início dos sintomas, de acordo com as recomendações internacionais (European Stroke Organisation, 2021). A Via Verde AVC constitui um circuito prioritário que visa reduzir o tempo entre o início dos sintomas e a intervenção terapêutica, sendo fundamental a articulação entre o pré-hospitalar e o hospitalar, nomeadamente INEM, CODU e equipa hospitalar.

Participar nestas situações permitiu-me desenvolver competências técnico-científicas e de tomada de decisão clínica em contexto crítico, reforçando a importância da comunicação eficaz e da liderança partilhada na equipa multidisciplinar. A experiência de assistir a uma fibrinólise em TAC reforçou a perceção da relevância do papel do enfermeiro na preparação do ambiente terapêutico, vigilância contínua e gestão do risco, assegurando que o doente beneficia da melhor resposta possível em tempo útil.

A experiência de estágio proporcionou-me ainda a oportunidade de participar em situações reais de emergência e paragem cardiorrespiratória (PCR), nas quais foi essencial aplicar o protocolo ABCDE, interpretar sinais clínicos precocemente e cooperar com a equipa multidisciplinar de forma eficaz e segura. Estas vivências reforçaram a importância da liderança do enfermeiro especialista, da clareza comunicacional e da mobilização rápida de recursos, garantindo a estabilização do doente e a continuidade dos cuidados.

Assim, considero que atingi a competência de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, demonstrando capacidade para atuar de forma organizada, célere e fundamentada, desde a identificação precoce da situação até à intervenção e articulação multidisciplinar, garantindo segurança, eficácia e qualidade na resposta ao doente crítico.

1.2.3 Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Uma das competências específicas do EEEMC com foco na área crítica é “maximizar a prevenção, a intervenção e o controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”, considerando a complexidade das situações e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em contexto de urgência, esta competência assume particular relevância, dado que o risco de IACS é elevado pela frequência de procedimentos invasivos, instabilidade clínica dos doentes e elevada rotatividade de profissionais e utentes. As IACS representam uma das principais causas de morbilidade e mortalidade hospitalar, constituindo um indicador relevante da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Direção-Geral da Saúde, 2020).

A Unidade de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos (UPCIRA), à semelhança de outras instituições hospitalares, adota e operacionaliza normas emanadas pela DGS, tais como as Precauções Básicas de Controlo de Infecção, as Precauções Adicionais Baseadas nas Vias de Transmissão e os Feixes de Intervenção (Bundles), que incluem a prevenção da infecção do local cirúrgico, da infecção urinária associada a cateter vesical e da infecção relacionada com cateter vascular central (DGS, 2020).

A Organização Mundial de Saúde reforça que a higiene das mãos constitui a medida mais eficaz na prevenção da transmissão cruzada de microrganismos, sendo fundamental o cumprimento rigoroso dos cinco momentos de higienização das mãos (World Health Organization, 2009).

No SUP a elevada afluência diária e as limitações estruturais constituem desafios significativos, podendo dificultar o cumprimento rigoroso das medidas de prevenção e controlo da infecção, nomeadamente no que respeita à organização dos circuitos, ao distanciamento entre utentes e à desinfeção ambiental.

O rastreio precoce de microrganismos multirresistentes em doentes de risco constitui uma estratégia essencial. A identificação atempada e o isolamento adequado dos doentes permitem prevenir surtos e reduzir a transmissão cruzada (Direção-Geral da Saúde, 2020). No SUP, este rastreio é frequentemente realizado na admissão, por indicação médica ou em preparação para o internamento em unidades de risco acrescido.

Durante os turnos realizados na área de isolamento do SU, prestei cuidados a doentes portadores de microrganismos multirresistentes, tendo em consideração a via de transmissão, o tipo de procedimento e o risco de exposição a fluidos biológicos. A aplicação rigorosa dos princípios de assepsia e dos circuitos de isolamento reforçou competências de pensamento crítico, tomada de decisão e segurança clínica, fundamentais na prática especializada (Benner, 2001).

Apesar das dificuldades iniciais na adaptação ao ritmo de trabalho e ao elevado volume de doentes, o desenvolvimento de estratégias de priorização e a colaboração com a equipa multidisciplinar permitiram-me prestar cuidados individualizados, seguros e baseados na evidência científica.

Assim, considerando o risco acrescido de infeção nos contextos de urgência e cuidados intensivos, marcado pela necessidade de múltiplos procedimentos invasivos, terapêuticas complexas e monitorização contínua, o EEEMC na área da situação crítica desempenha um papel fundamental na prevenção e controlo da infeção e da resistência antimicrobiana, contribuindo de forma decisiva para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Durante o estágio, procurei aplicar de forma consistente os princípios do controlo de infeção, realizando todos os procedimentos com técnica asséptica rigorosa e utilizando adequadamente os equipamentos de proteção individual (EPI). A Organização Mundial de Saúde refere que a utilização adequada de barreiras físicas é um componente essencial das precauções padrão, contribuindo para a redução da transmissão de agentes patogénicos (World Health Organization, 2018).

O desenvolvimento desta competência permitiu-me compreender que a prevenção e o controlo da infeção são responsabilidades partilhadas, mas cuja liderança cabe ao enfermeiro especialista, enquanto garante da qualidade e segurança dos cuidados. Esta experiência consolidou a minha autonomia técnica e científica, reforçou a capacidade de agir de forma sistemática, fundamentada e segura, e promoveu o meu crescimento enquanto profissional reflexiva e crítica. A atuação em situações de elevada pressão e complexidade, aliada ao compromisso ético com a segurança do doente, representou um marco significativo no meu percurso de desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista em pessoa em situação crítica.

Assim, considero que atingi a competência de maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, demonstrando uma prática fundamentada, segura e sistemática, orientada para a redução do risco infeccioso e para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

2. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos

2.1 Caracterização do Serviço de Medicina Intensiva de uma Unidade Local de Saúde

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI), constitui uma unidade de referência para o doente crítico, oferecendo cuidados sofisticados e especializados adaptados às diferentes necessidades clínicas dos internados. A equipe que compõe este serviço é multiprofissional, altamente qualificada, e opera em regime de turnos 24 horas por dia, sete dias por semana, garantindo a permanência da vigilância e da intervenção intensiva contínua. A equipa de enfermagem é predominantemente constituída por enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, num total de 41 profissionais, o que reforça a qualidade clínica e a capacidade para responder a situações de elevada complexidade. A elevada diferenciação da equipa de enfermagem constitui uma mais-valia na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, permitindo a mobilização de competências avançadas de avaliação, monitorização e intervenção clínica, em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A estrutura física do SMI foi concebida para otimizar a vigilância e a resposta. Conta com 12 camas para doentes críticos, das quais seis estão equipadas com sistemas de isolamento por fluxo de ar, quando necessário. O layout em “open space” permite contacto visual direto entre enfermeiros e doentes, sustentado por um monitor central que agrega, em tempo real, dados de todos os pacientes (parâmetros vitais individualizados), o que potencia a detecção precoce de alterações e a intervenção imediata. Para além das camas, a unidade dispõe de gabinetes de apoio funcional: áreas administrativas, para gestão clínica, preparação de terapêuticas, armazenamento de material, bem como salas de reuniões e espaços de descanso para a equipa, promovendo a eficiência operacional e a coesão da equipa.

Relativamente à tensão assistencial, o SMI mantém, em cada turno, uma razão de aproximadamente 1 enfermeiro para cada 2 doentes, o que reflete uma dotação adequada para garantir cuidados intensivos seguros e individualizados. Existe ainda um enfermeiro dedicado à Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) e outro à reabilitação, reforçando a versatilidade e a prontidão da equipa para situações emergentes.

Esta estrutura, embora sólida no contexto local, insere-se num contexto assistencial marcado pela crescente complexidade dos doentes críticos e pela necessidade permanente de adequação dos recursos humanos e materiais disponíveis. A evolução dos cuidados intensivos exige uma constante adaptação das unidades, de forma a garantir elevados padrões de qualidade, segurança e eficiência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Deste modo, o SMI revela-se uma unidade clínica robusta, organizada e especializada, com recursos humanos altamente qualificados e infraestrutura adequada. Simultaneamente, insere-se num contexto nacional marcado por desafios de densidade de camas, desigualdades regionais e necessidades contínuas de reforço da investigação e da gestão da rede de cuidados intensivos.

Para além da sua organização física e funcional, o SMI recebe doentes classificados segundo os níveis de cuidados definidos internacionalmente. Os Níveis 1, 2 e 3 distinguem-se pelo grau de instabilidade clínica e pela necessidade de suporte orgânico.

O Nível 1 corresponde a doentes clinicamente estáveis mas com risco acrescido de deterioração, exigindo monitorização reforçada. O Nível 2 integra doentes que necessitam de suporte de uma única função orgânica ou de vigilância contínua devido a instabilidade fisiológica. Por sua vez, o Nível 3 engloba o doente crítico que requer ventilação mecânica invasiva e/ou suporte de múltiplos órgãos, exigindo intervenção contínua e altamente especializada (Intensive Care Society, 2009).

Esta classificação orienta a alocação de recursos, a carga de trabalho da equipa de enfermagem e a complexidade assistencial do serviço.

2.1.1 Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista – Em contexto de cuidados intensivos

A prática clínica no SMI tem como função central prestar cuidados altamente diferenciados à pessoa em situação crítica, cuja vida se encontra ameaçada por falência ou risco de falência de funções vitais. Neste contexto, a atuação do enfermeiro exige competências avançadas de avaliação, vigilância, monitorização e intervenção, de forma a garantir cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

A qualidade e a segurança dos cuidados em Medicina Intensiva dependem não apenas das competências técnico-científicas dos profissionais, mas também da atualização contínua dos conhecimentos e da adoção de práticas clínicas sustentadas pela melhor evidência disponível. A formação contínua constitui, por isso, um elemento essencial para responder à constante evolução dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Nos serviços de cuidados intensivos, o enfermeiro assume um papel central na prestação de cuidados altamente especializados à pessoa em situação crítica. A sua intervenção ultrapassa o cuidado direto, integrando a vigilância contínua, a monitorização avançada, a gestão dos cuidados, a articulação com a equipa multidisciplinar e a comunicação com a pessoa e família, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Em unidades de cuidados intensivos, o enfermeiro é responsável pela avaliação sistemática e contínua dos parâmetros vitais, da evolução clínica e dos potenciais sinais precoces de deterioração. A capacidade de reconhecer precocemente alterações fisiológicas assume particular importância em contexto de cuidados intensivos, permitindo uma intervenção atempada perante situações de instabilidade clínica e contribuindo para a segurança do doente.

A monitorização hemodinâmica, ventilatória e metabólica, aliada à interpretação crítica dos dados obtidos, constitui uma ferramenta fundamental para a tomada de decisão clínica, permitindo identificar alterações do estado do doente e colaborar na implementação das medidas terapêuticas mais adequadas.

A prestação de cuidados em SMI inclui administração de terapêutica de alta complexidade, como fármacos vasoativos, sedação, analgesia, fluidoterapia direcionada e suporte avançado de vida. O enfermeiro executa procedimentos diferenciados, como: aspiração de via aérea artificial, gestão de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, assistência a técnicas invasivas, prevenção rigorosa de infeções associadas aos cuidados de saúde.

A monitorização contínua e a intervenção precoce constituem princípios fundamentais dos cuidados intensivos modernos, permitindo a identificação atempada de alterações fisiológicas e a implementação rápida de medidas terapêuticas adequadas (World Health Organization, 2021).

O enfermeiro em cuidados intensivos participa na organização e coordenação dos cuidados, distribuindo recursos de acordo com as prioridades clínicas e assegurando a continuidade assistencial. A adequada gestão dos cuidados contribui para a segurança do doente, para a eficiência da equipa e para a qualidade dos cuidados prestados. A organização eficiente dos cuidados, a adequada distribuição dos recursos e a definição clara de prioridades clínicas contribuem para a continuidade assistencial, para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados.

A comunicação em cuidados intensivos assume particular relevância devido ao carácter crítico e emocional das situações vividas. O enfermeiro comunica com a equipa multidisciplinar, esclarece procedimentos e estado clínico, apoia emocionalmente utentes e familiares, promove a humanização dos cuidados.

A comunicação clara, empática e adaptada às necessidades da pessoa e da família constitui uma dimensão fundamental dos cuidados intensivos, promovendo a confiança, a participação informada e a humanização dos cuidados.

O EEEMC, na área da Pessoa em Situação Crítica, assume um papel determinante na prestação de cuidados altamente diferenciados, sustentados por conhecimento científico avançado, experiência clínica e capacidade de tomada de decisão em contextos de elevada complexidade. Este profissional possui competências que lhe permitem intervir de forma autónoma, assertiva e segura, adequando a sua atuação às necessidades dinâmicas da pessoa em situação crítica.

Uma das competências fundamentais do especialista é a tomada de decisão clínica rápida e fundamentada, que se traduz na capacidade de reconhecer precocemente sinais de instabilidade fisiológica e implementar intervenções com impacto direto na prevenção de complicações e na melhoria do prognóstico. O EEEMC possui competências avançadas de avaliação e tomada de decisão clínica que favorecem a identificação precoce de situações de instabilidade e a implementação de intervenções adequadas à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Paralelamente, a liderança e gestão de equipas constituem uma dimensão central da sua prática profissional. Em contextos altamente exigentes, onde a pressão assistencial e a necessidade de respostas imediatas são constantes, o especialista organiza as intervenções, orienta os elementos da equipa e assegura a continuidade e qualidade dos cuidados. A liderança clínica assume particular relevância em contextos de elevada

complexidade, permitindo coordenar equipas, gerir recursos e promover uma prestação de cuidados segura, eficiente e centrada na pessoa.

O Enfermeiro Especialista distingue-se igualmente pela execução de intervenções técnicas avançadas, inerentes ao contexto de cuidados intensivos. Entre estas incluem-se a vigilância hemodinâmica invasiva, o ajustamento de parâmetros ventilatórios, a titulação de terapêutica complexa como fármacos vasoativos, a atuação em emergências de elevada gravidade e a implementação de terapias de substituição de função orgânica. Estas competências ultrapassam o âmbito do enfermeiro de cuidados gerais e refletem uma prática especializada, sustentada por conhecimento científico, experiência clínica e capacidade de resposta a situações de elevada complexidade.

Para além da intervenção direta na prestação de cuidados, as competências do especialista estendem-se também ao domínio da formação, investigação e melhoria contínua da qualidade. O enfermeiro contribui ativamente para a consolidação de práticas baseadas em evidência, participando na elaboração e revisão de protocolos institucionais, auditorias de qualidade, programas de formação interna e processos de supervisão clínica de colegas. A participação em atividades de formação, supervisão clínica, auditoria e melhoria contínua da qualidade contribui para a atualização permanente das equipas e para a consolidação de práticas clínicas baseadas na evidência.

No que se refere ao enquadramento formativo, o desenvolvimento destas competências encontra-se sustentado pelo Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, o qual estabelece como objetivo a capacitação do profissional para prestar cuidados altamente diferenciados à pessoa cuja vida se encontra ameaçada por falência ou risco de falência de funções vitais, dependendo de monitorização e terapêutica avançada para sobreviver (Regulamento OE n.º 429/2018). O cuidado à pessoa em situação crítica exige observação permanente, atuação antecipatória e elevada capacidade de raciocínio clínico, visando manter funções vitais e promover a recuperação completa sempre que possível (OE, 2018).

Importa referir ainda que os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns definidas pela Ordem dos Enfermeiros, que incluem dimensões éticas, assistenciais, de gestão, liderança, investigação, comunicação e desenvolvimento organizacional. Estas competências constituem a base sólida sobre a qual se estrutura a

prática especializada, independentemente da área clínica de atuação (Regulamento OE n.º 140/2019).

Competências no Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito do estágio no SMI, pude vivenciar de forma direta a importância das competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, previstas no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Em cuidados intensivos, a complexidade clínica, a vulnerabilidade dos doentes críticos e a necessidade de decisões rápidas tornam estas competências fundamentais para garantir uma prática segura, responsável e centrada na pessoa.

Atuei de acordo com princípios éticos, legais e deontológicos, garantindo que a prática fosse baseada em evidência científica e protocolos institucionais. Em particular, apliquei o consentimento informado em situações críticas. Um utente consciente e orientado necessitou de ser entubado e assinou um termo de responsabilidade. O médico explicou de forma detalhada e empática todos os riscos e benefícios do procedimento, permitindo ao doente refletir antes de decidir, enquanto a enfermeira de serviço lhe ofereceu apoio emocional e orientação sem influenciar a escolha. Esta experiência evidenciou a importância de respeitar a autonomia do utente, garantindo que as decisões fossem tomadas de forma livre, esclarecida e consciente, reforçando os princípios éticos que orientam a prática de enfermagem em contexto crítico.

Durante o estágio, procurei assegurar a privacidade e dignidade dos utentes, mesmo quando sedados. Procurei promover a proteção da intimidade,, fazia questão de me identificar como enfermeira a frequentar a especialidade e explicar detalhadamente os cuidados que iria prestar, garantindo transparência e confiança. Participei também em situações de elevada sensibilidade ética e legal, incluindo a vigilância de um potencial dador de órgãos e o acompanhamento do processo de determinação da morte por critérios neurológicos, situações que exigem rigoroso cumprimento dos protocolos institucionais, documentação adequada e comunicação transparente com a equipa e familiares. Nestes contextos, os enfermeiros não realizam as provas clínicas, mas desempenham um papel essencial na garantia da segurança do doente, do cumprimento rigoroso da lei e da observância dos protocolos institucionais. As funções do enfermeiro incluem a preparação de todo o material necessário para a realização das provas clínicas, a

monitorização contínua do estado hemodinâmico e respiratório, a verificação do cumprimento de critérios legais, como a ausência de membros da equipa envolvida em transplantes diretos, e o registo sistemático de todas as intervenções realizadas, assegurando a integridade do processo.

As provas clínicas de morte cerebral consistem na avaliação da ausência de todos os reflexos do tronco cerebral e na realização do teste de apneia, critérios essenciais para a determinação de morte por critérios neurológicos ou “brain death” (The World Brain Death Project, 2020). A avaliação clínica envolve a verificação sistemática da ausência de reflexos medulares e do tronco cerebral, incluindo a ausência de resposta motora a estímulos dolorosos, ausência de reflexos fotomotores, ausência de reflexos oculocefálicos e oculovestibulares, ausência de reflexos corneopalpebrais e ausência de reflexo faríngeo e traqueal profundo, todos estes sinais indicativos da perda completa e irreversível das funções do tronco cerebral (The World Brain Death Project, 2020)

O teste de apneia constitui a etapa final das provas clínicas e é realizado após excluir fatores que possam influenciar a avaliação neurológica — como hipotermia, drogas sedativas ou bloqueadores neuromusculares — e assegurar estabilidade hemodinâmica adequada. Este teste consiste em permitir uma elevação progressiva da pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO_2), observando-se a ausência de esforço respiratório espontâneo apesar do estímulo fisiológico de hipercapnia, sendo um elemento crucial para confirmar a ausência de função respiratória mediada pelo tronco cerebral (The World Brain Death Project, 2020).

Em todas as etapas das provas clínicas, o enfermeiro acompanha a execução, assegurando a pré-oxigenação adequada, o posicionamento seguro do doente e a monitorização contínua de parâmetros hemodinâmicos, saturação de oxigénio e sinais ventilatórios. Em todas as etapas das provas clínicas, o enfermeiro acompanha a execução, assegurando a monitorização contínua do doente, a preparação do material necessário e o cumprimento dos procedimentos definidos institucionalmente, contribuindo para a segurança e integridade do processo. A comunicação com a família assume igualmente um papel central, sendo realizada de forma clara, empática e compreensível, explicando os procedimentos sem criar alarmismo e assegurando apoio emocional num processo de elevada carga afetiva. A prática nesta área reforça a importância de conjugação entre competência técnica, responsabilidade profissional, ética e legal, e humanização do cuidado, evidenciando que a atuação do enfermeiro em cuidados intensivos vai muito

além da técnica, integrando vigilância, monitorização, suporte organizativo, proteção da dignidade do doente e comunicação transparente com familiares.

Realizei, ainda, uma extubação terminal, assegurando conforto, dignidade e apoio à família, procurando minimizar o sofrimento e garantir uma abordagem centrada na pessoa e nos princípios dos cuidados humanizados.

Durante a passagem de turno, foi necessário proteger a privacidade e confidencialidade dos utentes, com visitas temporariamente afastadas para que a equipa pudesse discutir o estado clínico de cada doente de forma completa e segura, sem comprometer princípios éticos ou legais.

Refleti de forma contínua sobre estas situações, consolidando competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e reconhecendo que cada ação, decisão ou comunicação tem impacto direto na segurança, confiança e bem-estar do utente. A experiência prática reforçou-me a consciência de que a prática ética e legal em cuidados intensivos integra não apenas a execução técnica dos cuidados, mas também todas as interações estabelecidas com os doentes, famílias e equipa multidisciplinar.

Dessa forma, considero que atingi o objetivo de desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assegurando uma prática clínica segura, humanizada e juridicamente fundamentada, incluindo situações de elevada complexidade ética, como potenciais dadores de órgãos, provas de morte cerebral e extubação terminal, reforçando a atenção à dignidade, privacidade e comunicação clara com utentes e familiares.

Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No âmbito do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade constitui uma competência essencial do Enfermeiro Especialista, permitindo a promoção de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa em situação crítica. Em unidades de cuidados intensivos, onde a complexidade clínica, a gravidade dos utentes e a elevada exigência tecnológica são constantes, esta competência assume um papel estratégico na melhoria contínua dos processos assistenciais e na governança clínica. O Enfermeiro Especialista desempenha um papel ativo na promoção da qualidade dos cuidados, participando na implementação, monitorização e melhoria de

normas, protocolos e procedimentos que contribuam para a segurança e excelência assistencial.

Além disso, o especialista em cuidados intensivos participa na monitorização de indicadores de desempenho, análise de eventos adversos, auditorias clínicas e revisão de processos, assegurando que as práticas assistenciais se mantêm alinhadas com a evidência científica mais recente e com as recomendações institucionais e internacionais. A participação na monitorização de indicadores, análise de ocorrências, auditorias e revisão de procedimentos permite identificar oportunidades de melhoria e promover cuidados cada vez mais seguros, eficientes e centrados na pessoa.

Durante o estágio, consegui consolidar a compreensão prática e teórica do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, adquirindo competências na análise crítica de processos assistenciais, monitorização de indicadores, revisão de protocolos e promoção de boas práticas baseadas em evidência. Embora não tenha havido oportunidade de participar em formações específicas promovidas pelo serviço, aproveitei os momentos de menor atividade para estudar e analisar as guidelines de procedimentos clínicos, revistas e atualizadas por enfermeiros especialistas. O facto de praticamente todos os enfermeiros do serviço serem especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a mesma especialidade que estou a concluir, permitiu observar de forma direta a aplicação prática das competências que estou a desenvolver, consolidando a compreensão de normas, protocolos e boas práticas na rotina assistencial. Adicionalmente, pude constatar a existência de uma equipa de qualidade, na qual os enfermeiros escalados desempenhavam um papel ativo na promoção e desenvolvimento de formação e iniciativas destinadas a fortalecer práticas seguras e baseadas em evidência. Esta experiência, mesmo indireta, permitiu perceber de forma concreta como atuar como agente de melhoria contínua, assegurando cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, fortalecendo a capacidade de identificar oportunidades de otimização, refletir sobre práticas assistenciais e aplicar estratégias que promovem a excelência e a segurança nos cuidados, consolidando assim a aquisição desta competência essencial.

Competências no Domínio da Gestão de Cuidados

No âmbito do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o Domínio da Gestão de Cuidados constitui uma competência essencial do EEEMC com foco na

situação crítica, permitindo a otimização da resposta da equipa de enfermagem e a articulação eficaz com a equipa multiprofissional em unidades de cuidados intensivos. Este domínio envolve a capacidade de adaptar a liderança e a gestão dos recursos humanos, materiais e tecnológicos às necessidades específicas de cada situação clínica, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O Enfermeiro Especialista assume um papel central na gestão integrada dos cuidados, promovendo a articulação entre os diferentes profissionais de saúde e assegurando a continuidade da assistência ao doente crítico. Esta função envolve a distribuição de tarefas, supervisão das intervenções e reorganização de prioridades em função da evolução clínica, contribuindo para uma resposta mais eficaz e segura às necessidades dos utentes. A literatura sublinha que a liderança clínica e a coordenação eficaz das equipas se associam a melhores resultados em saúde e maior segurança do doente (Aiken et al., 2018; West et al., 2020).

No SMI, a gestão de cuidados operacionaliza-se através da presença, em cada turno, de um enfermeiro responsável pela distribuição dos utentes pelos elementos da equipa para o período de 24 horas. Esta organização procura garantir equidade, eficiência e segurança, respeitando o princípio de que cada enfermeiro assume, idealmente, a responsabilidade por um máximo de dois utentes, ajustando a alocação de acordo com os níveis de dependência e complexidade clínica (nível 1, 2 ou 3). A relação entre carga de trabalho, gravidade clínica e competências disponíveis é continuamente reavaliada, permitindo adaptações rápidas perante alterações súbitas do estado clínico, sobrecarga assistencial ou situações de emergência. No contexto de cuidados intensivos, a gestão de cuidados operacionaliza-se através da organização diária do trabalho, frequentemente com atribuição de um número limitado de doentes por enfermeiro, ajustado ao grau de dependência e complexidade clínica. Esta distribuição é revista de forma contínua, permitindo responder a alterações do estado clínico e a situações de maior exigência assistencial, garantindo flexibilidade e adaptação em tempo real.

Paralelamente, é da responsabilidade do enfermeiro responsável — sempre especialista — assegurar a preparação da unidade do utente antes da sua admissão. Esta preparação inclui a verificação e montagem do ventilador, a conferência do material necessário, a retificação de dispositivos e a validação de todo o equipamento clínico e terapêutico. Estes procedimentos são realizados sistematicamente após altas de utentes, garantindo

que cada nova admissão ocorre num ambiente seguro, organizado e em conformidade com os protocolos institucionais. A preparação das unidades antes da admissão de novos doentes constitui igualmente uma componente relevante da gestão de cuidados, incluindo a verificação do equipamento, a organização do espaço e a garantia de disponibilidade dos recursos necessários. Este processo contribui para a segurança do doente e para a eficiência da resposta clínica.

A articulação interprofissional é ainda reforçada pela realização diária, durante a semana, de reuniões multidisciplinares às 13h30, que envolvem médicos, enfermeiros, nutricionista e outros profissionais sempre que necessário. Nestes momentos procede-se à apresentação sistemática de cada utente, à revisão do plano terapêutico, nutricional e de enfermagem, bem como à definição conjunta de prioridades e estratégias de intervenção. Estas reuniões promovem a comunicação estruturada e a tomada de decisão partilhada, aspetos reconhecidos como fundamentais para a continuidade e qualidade dos cuidados em ambiente crítico (Pronovost et al., 2016).

Adicionalmente, o SMI integra diariamente um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, responsável pela avaliação funcional precoce, mobilização segura e implementação de programas individualizados de reabilitação. A integração de diferentes profissionais na equipa, incluindo enfermeiros com especialização em áreas como a reabilitação, contribui para uma abordagem mais abrangente do doente crítico, facilitando a prevenção de complicações associadas à imobilidade e ao internamento prolongado. A sua presença diária reforça o carácter multidimensional da gestão de cuidados e a necessidade de uma abordagem integrada e centrada na recuperação global do doente crítico.

Durante o período de estágio, foi possível integrar progressivamente estes mecanismos organizacionais, desenvolvendo uma compreensão aprofundada do Domínio da Gestão de Cuidados em contexto de cuidados intensivos. A participação no processo de distribuição dos utentes permitiu compreender a importância da adequação da carga de trabalho às necessidades clínicas e às competências da equipa, bem como a necessidade de flexibilidade e reavaliação contínua perante alterações do estado clínico ou situações de emergência.

A participação ativa na preparação sistemática das unidades antes de novas admissões, incluindo a verificação e montagem de ventiladores e a organização do material

necessário, contribuiu para o desenvolvimento de competências de planeamento, antecipação e gestão eficiente de recursos, fundamentais para a segurança do doente crítico. Do mesmo modo, a integração do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação permitiu incorporar a dimensão funcional na gestão global dos cuidados, reforçando a importância de uma abordagem multidimensional e articulada.

A participação nas reuniões multidisciplinares diárias possibilitou o desenvolvimento de competências de comunicação estruturada, articulação interprofissional e tomada de decisão partilhada, permitindo compreender o impacto da coordenação da equipa multiprofissional na continuidade, coerência e qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, o estágio contribuiu para a aquisição do Domínio da Gestão de Cuidados, evidenciada pela capacidade de compreender, integrar e aplicar princípios de organização, planeamento, articulação interprofissional e gestão de recursos em contexto de cuidados intensivos. Estas competências sustentam uma prática especializada orientada para a segurança do doente, a eficiência da equipa e a qualidade dos cuidados, constituindo uma base sólida para o exercício futuro de funções de coordenação e liderança enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Competências no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais

No âmbito do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais constitui uma competência essencial do Enfermeiro Especialista, permitindo o crescimento contínuo das suas capacidades técnicas, cognitivas e emocionais. Em unidades de cuidados intensivos, onde a complexidade clínica é elevada e as situações críticas se sucedem de forma imprevisível, esta competência é fundamental para garantir uma prática segura, assertiva e baseada em evidência.

O Enfermeiro Especialista deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, reconhecendo os seus limites pessoais e profissionais e adotando uma postura de reflexão crítica sobre a própria prática. Em contexto de cuidados intensivos, esta dimensão assume particular relevância devido à complexidade clínica e à imprevisibilidade das situações, exigindo uma postura reflexiva constante e capacidade de adaptação. O enfermeiro especialista deve reconhecer os seus limites, identificar necessidades de aprendizagem e recorrer a fontes atualizadas e apoio de profissionais mais experientes, garantindo

decisões clínicas seguras e fundamentadas. A gestão da ansiedade, da pressão assistencial e da insegurança diante de situações de emergência constitui um desafio frequente, sendo o desenvolvimento do autoconhecimento uma ferramenta determinante para o crescimento profissional e para a qualidade dos cuidados prestados.

Paralelamente, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens pessoais implica basear a prática clínica especializada em evidência científica. O desenvolvimento do autoconhecimento permite também a gestão das emoções e da pressão associadas ao ambiente crítico, contribuindo para uma prática mais segura e consistente. A capacidade de refletir sobre a ação torna-se essencial para a evolução contínua do desempenho profissional.

A prática deve ser sustentada na melhor evidência científica disponível, integrando recomendações nacionais e internacionais e guidelines atualizadas na tomada de decisão clínica. Este processo contribui para a segurança do doente e para a melhoria dos cuidados prestados. Durante o percurso formativo, a participação ativa em revisões de protocolos, discussão de casos clínicos e aplicação de material científico permite consolidar aprendizagens, contribuir para a melhoria do serviço e reforçar a segurança e qualidade do cuidado prestado.

Deste modo, o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais evidencia-se na capacidade do Enfermeiro Especialista em cuidados intensivos de refletir criticamente sobre a sua prática, gerir limitações pessoais e profissionais, tomar decisões fundamentadas em evidência e promover a aprendizagem contínua, garantindo cuidados de elevada qualidade e centrados no doente crítico.

Durante o estágio em unidade de cuidados intensivos, foi possível desenvolver de forma progressiva o autoconhecimento e a capacidade de gerir as emoções e a ansiedade associadas a situações de urgência e emergência. A exposição contínua a contextos clínicos críticos permitiu reconhecer limites pessoais e profissionais, promovendo uma postura de reflexão crítica sobre a prática e a adoção de estratégias de autorregulação emocional, essenciais para a tomada de decisão em situações imprevisíveis e de elevada pressão assistencial.

Paralelamente, o percurso formativo possibilitou a identificação de necessidades de aprendizagem específicas e a aquisição progressiva de competências técnico-científicas, nomeadamente no manuseamento de bombas e seringas infusoras, linhas arteriais,

ventiladores mecânicos, sistemas de monitorização hemodinâmica avançada (PICCO), cateteres venosos centrais e técnicas de substituição renal. Estas aprendizagens foram consolidadas através da consulta de protocolos institucionais, guidelines nacionais e internacionais, evidência científica atualizada e supervisão de enfermeiros especialistas, contribuindo para o aumento da segurança, autonomia e confiança na prática clínica.

Adicionalmente, a participação no processo de potencial dador de órgãos constituiu uma experiência formativa relevante, permitindo aprofundar conhecimentos éticos, técnicos e emocionais associados a este processo complexo, bem como reforçar a importância da comunicação, da tomada de decisão fundamentada e do respeito pelos princípios de qualidade e humanização dos cuidados.

Deste modo, o estágio permitiu a aquisição do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais, evidenciado pela capacidade de refletir criticamente sobre a prática, gerir limitações e emoções em contexto de elevada exigência clínica, integrar a evidência científica na tomada de decisão e promover a aprendizagem contínua, assegurando cuidados especializados de elevada qualidade ao doente em situação crítica.

2.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica

A Ordem dos Enfermeiros (OE) no seu Regulamento nº 429/2018, definiu as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este Regulamento define que estas competências são as seguintes: cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/o falência orgânica, dinamiza a resposta em situações de emergência, a exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/o falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

2.2.1 Cuida da Pessoa e Família/Cuidadores em Situação Crítica;

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica possui competências específicas direcionadas para a pessoa em situação crítica, destacando-se a capacidade de cuidar da

pessoa e da família ou cuidadores durante processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Em unidades de cuidados intensivos, esta competência assume especial relevância, uma vez que os doentes apresentam elevado risco de instabilidade fisiológica, dependência tecnológica e necessidade de intervenções altamente especializadas.

Durante o estágio no Serviço de Medicina Intensiva, tive oportunidade de observar e participar no cuidado à pessoa em situação crítica, envolvendo avaliação contínua, identificação precoce de alterações clínicas e implementação de intervenções baseadas em evidência e em protocolos institucionais, alinhados com recomendações internacionais da European Society of Intensive Care Medicine e da Society of Critical Care Medicine. Verifiquei que o Enfermeiro Especialista mobiliza conhecimento avançado para planear, executar e avaliar cuidados individualizados, garantindo segurança e qualidade mesmo em contextos de elevada complexidade.

Foi igualmente evidente a importância do cuidado à família, frequentemente exposta a elevada ansiedade. A comunicação era estruturada, humanizada e ajustada ao nível de literacia em saúde, promovendo compreensão e confiança. A existência de espaços dedicados ao acolhimento familiar reforçava a humanização dos cuidados.

Durante o estágio, pude também participar na comunicação com familiares sob supervisão, desenvolvendo competências de explicação de informação clínica de forma clara e acessível, reforçando a empatia, escuta ativa e comunicação terapêutica.

Estas situações permitiram-me perceber na prática a complexidade e a sensibilidade da comunicação em cuidados intensivos. Observei como cada enfermeiro ajusta a linguagem e o tom às necessidades dos familiares, garantindo que compreendam a situação clínica sem criar alarmismo. Acompanhar estas interações ajudou-me a refletir sobre a importância de escuta ativa, empatia e clareza na transmissão de informação, competências essenciais para a minha formação como Enfermeiro Especialista.

Pude também participar, sob supervisão, na preparação de explicações simples e estruturadas para familiares, contextualizando informação técnica, explicando medidas terapêuticas e destacando sinais de evolução clínica de forma compreensível e humanizada. Esta prática reforçou a minha capacidade de integrar cuidados técnicos avançados com atenção às necessidades emocionais e cognitivas da família, consolidando a competência de cuidar da pessoa e dos cuidadores em contexto crítico.

Embora atualmente eu cuide diariamente de utentes na UCCI, a experiência no SMI evidenciou diferenças significativas. Muitos doentes críticos estavam entubados ou sedados, impossibilitando a comunicação direta, e as famílias viviam situações de elevada ansiedade, muito distintas daquelas com que lido na UCCI. Senti alguma dificuldade, inicialmente, em lidar com a impossibilidade de falar com os utentes e ouvir as suas necessidades, e em proporcionar algum conforto à família, que se encontrava num estado de preocupação e angústia muito mais intenso. No entanto, esta experiência permitiu-me valorizar ainda mais a comunicação, a escuta ativa e o acolhimento humanizado, aprendizagens que levo para a prática atual, adaptando-as ao contexto de cuidados gerais e fortalecendo a capacidade de oferecer um cuidado centrado no utente e na família, mesmo em situações menos críticas.

Deste modo, considero que durante o estágio no SMI consegui desenvolver e consolidar a competência de cuidar da pessoa em situação crítica e da sua família ou cuidadores, integrando cuidados avançados com uma comunicação estruturada, empática e humanizada. Esta experiência permitiu-me compreender a importância do acolhimento, da escuta ativa e da articulação com a equipa médica como elementos essenciais para garantir segurança, qualidade e humanização no cuidado, aprendizagens que se mostraram valiosas e transferíveis para o meu contexto atual na UCCI.

2.2.2 Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser capaz de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção dos planos de atuação até à sua execução. No contexto do SMI esta competência assume particular relevância, uma vez que a gravidade dos utentes e a possibilidade de evolução súbita obrigam a respostas altamente coordenadas e tecnicamente exigentes.

Durante o meu estágio no SMI, observei de perto o funcionamento da EEMI, operacional 24 horas por dia, e compreendi o seu papel estratégico na resposta a situações críticas no hospital. Cada turno conta com um enfermeiro especificamente escalado para integrar a EEMI, que é ativada de imediato em qualquer setor hospitalar, exceto na Sala de Emergência. Tive a oportunidade de acompanhar todo o processo de preparação, deslocamento, intervenção e registo digital das ocorrências, incluindo motivo da

chamada, avaliação inicial, intervenções realizadas, articulação com outros serviços e desfecho do episódio. A observação permitiu-me perceber a importância da organização prévia, da distribuição clara de responsabilidades e da prontidão operacional, bem como a relevância da documentação rigorosa para monitorizar indicadores de qualidade, identificar áreas de melhoria e fundamentar decisões futuras.

Paralelamente, participei numa saída da EEMI, acompanhando a atuação conjunta entre médico, enfermeiro da equipa e a equipa do serviço onde ocorreu a emergência. Pude acompanhar desde a ativação da equipa e deslocamento ao local até à avaliação clínica inicial do utente, estabilização e articulação com outros serviços hospitalares. Durante a intervenção, observei o preenchimento detalhado do Registo de Ativação da EEMI, que inclui identificação da equipa, do local e do utente, situação clínica, critérios de ativação, avaliação dos sinais vitais, intervenções realizadas, exames complementares solicitados, destino do utente e observações relevantes. Posteriormente, estes dados são inseridos num ficheiro Excel para análise de indicadores de qualidade, monitorização de tempos de resposta, avaliação das intervenções e identificação de necessidades formativas. Esta experiência evidenciou a importância de uma resposta rápida, organizada e tecnicamente diferenciada, reforçando competências de avaliação e decisão clínica, comunicação eficaz e coordenação multiprofissional.

Procedi à leitura e análise do Plano de Catástrofe / Emergência Externa em vigor, demonstrando interesse em compreender de forma aprofundada os mecanismos de resposta hospitalar, mesmo não tendo sido possível vivenciar a sua ativação prática. Esta análise permitiu-me adquirir conhecimento estruturado sobre os níveis de resposta, a cadeia de comando, as áreas críticas, os fluxos de comunicação, a mobilização de recursos humanos e materiais e a articulação interinstitucional. Embora não tenha participado na execução do plano, o estudo contribuiu para consolidar a compreensão do papel do enfermeiro especialista na preparação, organização e dinamização da resposta hospitalar em cenários de exceção e catástrofe, destacando a importância da prontidão operacional, da liderança estruturada e da articulação eficiente entre serviços e instituições envolvidas.

Embora atualmente eu trabalhe na UCCI onde não existem intervenções da EEMI, a experiência observada revelou-se uma mais-valia. Fazendo parte do grupo de trabalho de urgência/emergência da Unidade, pude transpor e adaptar os conhecimentos adquiridos, nomeadamente a forma de registar ocorrências, organizar prioridades, antecipar complicações, comunicar de forma clara e coordenar ações. A observação das atuações e

dos registos da EMI permitiu-me compreender estratégias de intervenção estruturadas que, aplicadas ao meu contexto, aumentam a segurança na gestão de situações de instabilidade clínica, como alterações súbitas do estado do utente ou quedas de saturação, desenvolvendo uma postura proativa e a capacidade de tomar decisões rápidas, fundamentadas e organizadas, mesmo quando os utentes não se encontram em estado crítico.

Durante o estágio, consegui consolidar a compreensão prática e teórica da competência de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, reconhecendo a importância da prontidão operacional, da organização estruturada e da articulação multiprofissional. Esta experiência permitiu adquirir aprendizagens transferíveis para o meu contexto atual na UCC, reforçando a capacidade de intervir de forma segura, eficiente e confiante em situações clínicas inesperadas, mesmo em cuidados gerais, e de aplicar estratégias de avaliação, priorização e coordenação adaptadas à realidade dos cuidados continuados.

2.2.3 Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos

Durante o meu estágio no SMI, tive oportunidade de observar como a competência de maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção, incluindo a resistência a antimicrobianos, é operacionalizada na prática clínica. Esta competência é fundamental em cuidados intensivos, dada a elevada exposição a dispositivos invasivos e risco acrescido de infeção.

Durante o estágio, observei a aplicação rigorosa de protocolos de prevenção de infeção, incluindo bundles de cateter venoso central, cateter vesical e ventilação mecânica, em linha com recomendações da European Centre for Disease Prevention and Control e da World Health Organization.

No SMI, os procedimentos institucionais são rigorosamente definidos, incluindo rotinas como a troca diária do sistema de alimentação entérica, a substituição periódica de cateteres venosos centrais e arteriais, e a manutenção criteriosa de dispositivos invasivos, sempre de acordo com protocolos baseados em evidência. Para além das rotinas físicas, observei que o sistema informático PatientCare integra bundles específicos que orientam a manutenção de cateter vesical, cateter venoso central (CVC) e ventilação mecânica,

exigindo que cada intervenção seja validada pelo enfermeiro. Este registo detalhado reforça a responsabilização da equipa, garante adesão aos protocolos e contribui para a segurança do utente crítico.

No bundle de cateter vesical, as intervenções incluem a avaliação da necessidade de manter a algáliação, a fixação adequada do cateter e do saco coletor, a garantia de conexão permanente ao sistema de drenagem, a colocação do saco coletor abaixo do nível da bexiga, o esvaziamento regular do saco, manutenção do sistema de drenagem fechado e sem contacto com superfícies externas, manuseamento com técnica asséptica e higienização diária do meato urinário, incluindo educação ao doente e cuidador sobre prevenção de infeções. No bundle de cateter venoso central, as ações incluem a avaliação diária da necessidade do cateter, higienização das mãos com clorexidina antes da manipulação, fixação adequada do cateter, utilização de bioconectores anti-retorno em todos os lúmens, higienização externa dos bioconectores e lavagem/flush dos lúmens inativos.

Acompanhar estas práticas permitiu-me compreender na prática como se concretiza a competência de prevenção e controlo da infeção e resistência antimicrobiana, evidenciando a importância de combinar conhecimento científico, rigor técnico, adesão a protocolos e utilização de sistemas de suporte à decisão clínica. A experiência mostrou como a padronização das intervenções, a monitorização estruturada e a validação sistemática dos cuidados reforçam a segurança e a eficácia do cuidado ao utente crítico.

Embora atualmente trabalhe na UCC, onde os utentes não apresentam risco crítico nem necessitam de monitorização invasiva contínua, os princípios observados são totalmente transferíveis. A atenção ao detalhe, higienização rigorosa, vigilância de dispositivos, padronização de procedimentos e validação das intervenções aplicam-se diariamente no controlo de infeções e prevenção de resistência antimicrobiana em todos os utentes. Esta experiência reforçou a minha consciência sobre a importância da adesão a protocolos, responsabilidade profissional e aplicação de boas práticas, competências que aplico diariamente para garantir cuidados seguros e de qualidade.

Durante o estágio, consegui consolidar a competência de prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, compreendendo plenamente a importância de protocolos, monitorização sistemática e registos estruturados. Estas aprendizagens mostraram-se transferíveis para o meu contexto atual na UCC, permitindo

aplicar cuidados seguros, organizados e fundamentados em evidência, garantindo proteção dos utentes e excelência na prestação de cuidados.

Análise Comparativa dos Contextos de Estágio e Desenvolvimento de Competências

A análise comparativa dos dois contextos de estágio — Serviço de Urgência e Serviço de Cuidados Intensivos — permite evidenciar a complementaridade formativa e o contributo diferenciado de cada experiência para o desenvolvimento de competências. Ambos os contextos se inserem numa matriz comum de elevada complexidade clínica, exigindo raciocínio crítico, tomada de decisão célere e intervenção baseada na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Vincent et al., 2020). Contudo, distinguem-se ao nível da natureza das intervenções, temporalidade dos cuidados e profundidade do acompanhamento clínico, fatores que condicionaram a mobilização e consolidação das competências adquiridas ao longo do percurso formativo.

O estágio em contexto de Serviço de Urgência caracterizou-se por uma prática assistencial marcada pela imprevisibilidade, elevada rotatividade de utentes e necessidade de priorização constante, num ambiente em que a rapidez da avaliação inicial e a eficácia da resposta imediata assumem particular relevância. Neste contexto, o foco centrou-se no desenvolvimento de competências relacionadas com a triagem, estabilização inicial e gestão de situações críticas emergentes, promovendo a capacidade de avaliação rápida, definição de prioridades e intervenção imediata (DGS, 2023; Brazão et al., 2016). A natureza dinâmica do serviço favoreceu igualmente o desenvolvimento de competências transversais, como a comunicação em equipa multidisciplinar, a adaptação a contextos de elevada pressão e a tomada de decisão em cenários de incerteza, aspetos amplamente descritos como determinantes para a segurança do doente em ambientes de urgência (Rosen et al., 2018; Carvalho et al., 2022). Paralelamente, permitiu reforçar competências no âmbito da segurança do doente, nomeadamente na prevenção de eventos adversos associados à sobrecarga assistencial e à elevada rotatividade de casos (World Health Organization, 2021).

Por outro lado, o estágio em contexto de Cuidados Intensivos proporcionou uma experiência clínica mais prolongada e aprofundada, centrada no acompanhamento contínuo da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Este contexto caracteriza-se por elevada complexidade tecnológica e necessidade de monitorização contínua, exigindo domínio técnico-científico aprofundado, particularmente na interpretação de parâmetros hemodinâmicos, ventilatórios e laboratoriais (Vincent et al., 2020). Ao

contrário do contexto de urgência, este ambiente privilegia a vigilância contínua, o planejamento de cuidados complexos e a avaliação sistemática da resposta terapêutica, permitindo consolidar competências no âmbito da gestão de cuidados diferenciados, prevenção de complicações associadas à criticidade e gestão de dispositivos invasivos. Destaca-se ainda a importância da articulação com a família em contextos de elevada vulnerabilidade emocional (Endacott et al., 2019; Devlin et al., 2018).

Do ponto de vista formativo, os dois estágios revelaram-se altamente complementares. O contexto de urgência contribuiu sobretudo para o desenvolvimento da capacidade de resposta rápida e eficaz em situações agudas, promovendo agilidade clínica e flexibilidade na tomada de decisão (Rosen et al., 2018). Em contraste, o estágio em cuidados intensivos permitiu aprofundar o raciocínio clínico sustentado, favorecendo uma abordagem mais analítica, reflexiva e sistematizada ao cuidado da pessoa em situação crítica (Vincent et al., 2020). Esta complementaridade encontra-se alinhada com o enquadramento conceptual da especialidade, que valoriza a integração de experiências diversificadas como estratégia essencial para a consolidação da prática especializada (OE, 2018; OE, 2019).

Importa salientar que, apesar das diferenças estruturais e funcionais entre os contextos, ambos contribuíram de forma significativa para a aquisição das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. A experiência em urgência potenciou competências associadas à avaliação inicial e estabilização, enquanto o contexto de cuidados intensivos reforçou competências relacionadas com a gestão de cuidados complexos, vigilância contínua e tomada de decisão suportada por dados clínicos aprofundados (Vincent et al., 2020). Assim, a integração destas experiências permitiu uma visão holística do continuum de cuidados à pessoa crítica, desde a fase aguda até à estabilização e acompanhamento intensivo, conforme descrito nos modelos contemporâneos de cuidados críticos.

Deste modo, a análise comparativa dos dois estágios evidencia não apenas diferenças contextuais, mas sobretudo uma progressão formativa coerente, sustentada na complementaridade das aprendizagens (Tabela 1, Tabela 2). Esta articulação entre contextos distintos permitiu consolidar uma prática mais segura, fundamentada e reflexiva, facilitando a mobilização integrada das competências especializadas e constituindo um contributo determinante para a construção da identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista (OE, 2019).

Tabela 1 - Comparação das competências comuns de EEMC em contexto de SUP e SMI

Domínio de Competências comuns	Serviço de Urgência (SU)	Serviço de Medicina Intensiva (SMI)	Observações / Diferenças-chave	Impacto na Qualidade e Segurança do Cuidado
Responsabilidade Profissional, Ética e Deontológica	Respeito pela autonomia, confidencialidade e consentimento informado em contexto emergente; comunicação ética com familiares; gestão de situações críticas (ex.: morte inesperada, recusa de tratamento), assegurando dignidade e humanização do cuidado.	Aplicação rigorosa de princípios ético-legais em contextos de elevada complexidade, incluindo suporte em diagnóstico de morte cerebral, decisões de limitação terapêutica e vigilância ética contínua em doentes sedados e ventilados, com foco na dignidade e proporcionalidade terapêutica.	Ambos exigem elevada responsabilidade ética; contudo, no SMI observa-se maior sistematização e complexidade na tomada de decisão, associadas à vulnerabilidade extrema e dependência tecnológica do doente crítico.	Reforça a segurança ética e jurídica, protege os direitos do doente e família, promove confiança na equipa e previne conflitos ou eventos adversos de natureza ética.
Melhoria Contínua da Qualidade	Implementação de boas práticas, cultura de segurança e gestão do risco clínico; prevenção de erros (ex.:	Participação ativa em auditorias clínicas, monitorização de indicadores de desempenho, revisão de protocolos,	No SMI verifica-se maior sistematização na monitorização de indicadores e melhoria	Reduz variabilidade clínica, promove práticas baseadas na evidência, otimiza

	fármacos LASA), comunicação estruturada (ISBAR), registros clínicos rigorosos e adesão a medidas de prevenção de infecção.	integração de guidelines internacionais e desenvolvimento de processos assistenciais complexos, com forte enfoque na governança clínica.	contínua, associada à elevada densidade tecnológica e necessidade de avaliação permanente de resultados em saúde.	processos assistenciais e aumenta a segurança e eficiência dos cuidados prestados.
Gestão de Cuidados	Coordenação da equipa em ambiente dinâmico e imprevisível, priorização rápida, gestão de fluxos assistenciais, articulação multiprofissional e adaptação contínua a contextos de elevada rotatividade de doentes.	Planeamento estruturado das admissões e altas, gestão da carga de trabalho com rácios diferenciados, integração de equipas multidisciplinares, reuniões clínicas regulares e supervisão de cuidados altamente diferenciados e tecnologicamente complexos.	Ambos exigem competências de liderança clínica; porém, o SU caracteriza-se por elevada imprevisibilidade, enquanto o SMI apresenta maior estruturação organizacional e continuidade assistencial.	Garante continuidade e segurança dos cuidados, otimiza recursos humanos e materiais, melhora a articulação interprofissional e reduz falhas assistenciais.
Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	Desenvolvimento de pensamento crítico em contextos imprevisíveis, tomada de decisão rápida e	Desenvolvimento técnico-científico aprofundado em áreas como ventilação mecânica, monitorização	Em ambos os contextos ocorre crescimento profissional significativo; contudo, o SU potencia	Potencia desenvolvimento reflexivo e identidade profissional, melhora a

	reflexiva, adaptação a ambientes de elevada pressão e aprendizagem experiencial centrada na priorização clínica.	hemodinâmica avançada e terapias de substituição de órgãos, aliado a gestão emocional e reflexão ética em situações de elevada complexidade.	competências adaptativas e de priorização, enquanto o SMI promove aprofundamento técnico-científico e maturidade clínica especializada.	capacidade de decisão em contextos críticos e promove cuidados seguros, eficazes e humanizados.
--	--	--	---	---

Tabela 2- Comparação das competências específicas de EEMC em contexto de SUP e SMI

Competências específicas	Descrição / Aplicação	Exemplos Práticos SU	Exemplos Práticos SMI	Impacto na Qualidade e Segurança
Cuidar da pessoa e família/cuidador em situação crítica	Prestação de cuidados integrais centrados na pessoa e família, incluindo avaliação clínica contínua, tomada de decisão fundamentada, comunicação estruturada e suporte emocional em contextos de elevada vulnerabilidade.	Avaliação sistemática do estado clínico; aplicação do protocolo ABCDE com integração da família; apoio em situações de luto e visitas supervisionadas; comunicação contínua com familiares através de canais estruturados.	Monitorização contínua e individualizada do doente crítico; comunicação estruturada e humanizada com familiares; utilização de espaços dedicados ao acolhimento familiar; tradução de informação técnica complexa para linguagem acessível.	Promove cuidado centrado na pessoa e família, reforça a humanização em contextos críticos, melhora a comunicação terapêutica e aumenta a confiança e satisfação familiar.
Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe	Planeamento e operacionalização de respostas rápidas, coordenadas e protocoladas, com base em liderança clínica, pensamento crítico e	Aplicação do Protocolo de Triagem de Manchester; participação em Vias Verdes (ex.: AVC) e fibrinólise; atuação em paragens cardiorrespiratórias;	Participação na Equipa de Emergência Médica Interna; acompanhamento de ativações, intervenção e registo digital; análise de planos institucionais de	Desenvolve prontidão clínica, capacidade de decisão rápida e coordenação interprofissional, contribuindo para

	articulação multiprofissional.	monitorização contínua em situações críticas.	catástrofe e emergência; compreensão da organização estratégica da resposta institucional.	respostas eficazes e seguras em contextos de elevada complexidade.
Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos	Implementação rigorosa de precauções padrão e adicionais, bundles de prevenção e manutenção segura de dispositivos invasivos, com monitorização contínua e adesão a protocolos institucionais.	Aplicação de bundles associados a dispositivos invasivos; higiene das mãos e utilização adequada de EPI; gestão de isolamento e prevenção de transmissão cruzada em ambiente de elevada rotatividade.	Cuidados especializados a dispositivos invasivos com monitorização contínua; utilização de sistemas digitais de registo e validação de bundles; supervisão do cumprimento de protocolos e cultura de segurança consolidada.	Reduz infeções associadas aos cuidados de saúde, reforça cultura de segurança e rigor técnico, promovendo práticas baseadas na evidência e melhoria contínua da qualidade assistencial.

Conclusão

A análise desenvolvida ao longo desta primeira parte permitiu enquadrar, de forma crítica e reflexiva, os contextos formativos vivenciados no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, evidenciando o contributo dos diferentes cenários clínicos para o desenvolvimento progressivo de competências especializadas. A formação em contextos clínicos diferenciados constitui um eixo estruturante na aquisição de competências avançadas, promovendo a integração entre conhecimento científico, prática clínica e reflexão crítica.

A experiência nos contextos de Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva revelou-se complementar e estruturante, proporcionando oportunidades distintas, mas convergentes, de aprendizagem clínica, científica e humana. O Serviço de Urgência destacou-se pela imprevisibilidade, dinamismo e necessidade de resposta imediata, favorecendo o desenvolvimento de competências relacionadas com a priorização clínica, tomada de decisão rápida e gestão de situações emergentes, características amplamente descritas na literatura como nucleares na enfermagem de urgência. Por sua vez, o Serviço de Medicina Intensiva permitiu aprofundar competências técnico-científicas avançadas associadas à monitorização contínua, gestão de terapêuticas complexas e raciocínio clínico aprofundado, essenciais à prática especializada em cuidados intensivos.

A análise comparativa dos dois contextos evidenciou que, apesar das diferenças estruturais e organizacionais, ambos contribuem de forma significativa para a consolidação das competências do Enfermeiro Especialista, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme preconizado pelos referenciais reguladores da especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018; 2019). Paralelamente, permitiram operacionalizar competências associadas ao cuidado da pessoa e família em situação crítica, à dinamização da resposta em situações de emergência e à prevenção e controlo da infeção, áreas reconhecidas como determinantes para a segurança do doente e qualidade dos cuidados.

Importa salientar que o desenvolvimento destas competências não se limitou à aquisição de conhecimentos técnicos, tendo implicado igualmente um processo contínuo de reflexão crítica, integração de evidência científica e construção de uma identidade

profissional mais autónoma e consciente. A vivência de situações clínicas complexas, aliada à supervisão clínica e ao contacto com equipas multidisciplinares diferenciadas, constitui um fator determinante na transição para níveis mais elevados de competência profissional, conforme descrito no modelo de desenvolvimento profissional de Benner (2001).

Deste modo, esta etapa formativa constituiu um alicerce fundamental para a construção do perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, evidenciando a importância da articulação entre diferentes contextos clínicos na promoção de competências avançadas. A integração das experiências vivenciadas reforçou a capacidade de análise crítica, adaptabilidade e tomada de decisão em contextos de elevada complexidade, promovendo uma prática mais segura, humanizada e centrada na pessoa e família, em consonância com os princípios orientadores da enfermagem especializada.

Assim, a consolidação destas competências ao longo dos estágios clínicos constitui a base para o aprofundamento temático apresentado na segunda parte deste trabalho, onde se desenvolverá uma análise mais focalizada sobre a problemática em estudo, sustentada na prática baseada na evidência e na reflexão crítica sobre a prática profissional.

**Parte II – Perfil do utente com agudização clínica
durante o internamento em Unidades de Cuidados
Continuados de Média Duração e Reabilitação**

Resumo

Introdução: As agudizações durante o internamento em Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) constituem um desafio relevante no contexto dos cuidados continuados integrados, podendo comprometer a recuperação funcional, aumentar a vulnerabilidade clínica, prolongar o tempo de internamento e potenciar a necessidade de transferência hospitalar. A identificação dos fatores associados à frequência de agudização assume particular importância para a implementação de estratégias preventivas, melhoria da vigilância clínica e promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Objetivo: Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional dos utentes internados numa Unidade de Média Duração e Reabilitação e analisar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas, terapêuticas e funcionais e a frequência de agudização durante o internamento.

Métodos: Estudo quantitativo, observacional, retrospectivo e descritivo-correlacional, realizado numa Unidade de Média Duração e Reabilitação da região centro de Portugal. Foram incluídos utentes internados entre 1 de janeiro de 2022 e 31 de dezembro de 2025, com registos clínicos completos. A recolha de dados foi efetuada através da análise de registos clínicos eletrónicos, incluindo variáveis sociodemográficas, clínicas, terapêuticas e funcionais. A variável dependente em estudo correspondeu à frequência de agudização durante o internamento, categorizada em ausência de agudização, uma agudização e duas ou mais agudizações. A análise estatística incluiu estatística descritiva e inferencial, recorrendo aos testes do Qui-quadrado de Pearson e de Kruskal-Wallis, considerando-se um nível de significância de 0,05.

Resultados: Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre a frequência de agudização e determinadas variáveis sociodemográficas e clínicas dos utentes. Os resultados sugerem que fatores relacionados com maior vulnerabilidade funcional e complexidade clínica poderão estar associados a maior frequência de agudizações durante o internamento, nomeadamente presença de comorbilidades, dependência funcional e necessidade de dispositivos terapêuticos.

Conclusão: A identificação dos fatores associados à frequência de agudização em contexto de UMDR poderá contribuir para a deteção precoce de situações de maior vulnerabilidade clínica, otimização da vigilância e implementação de estratégias preventivas, promovendo cuidados mais seguros, individualizados e centrados na pessoa.

Palavras-chave: Agudização; Cuidados continuados integrados; Unidade de média duração e reabilitação; Perfil do utente; Segurança do doente; Fatores associados.

Abstract:

Introduction: Exacerbations occurring during admission to Medium-Term and Rehabilitation Care Units (MTRCU) represent a significant challenge within the context of integrated continuing care, potentially compromising functional recovery, increasing clinical vulnerability, prolonging length of stay, and increasing the need for hospital transfer. Identifying the factors associated with exacerbation frequency is essential for implementing preventive strategies, improving clinical surveillance, and promoting patient safety and quality of care.

Objective: To characterize the sociodemographic, clinical, and functional profile of patients admitted to a Medium-Term and Rehabilitation Care Unit and to analyze the association between sociodemographic, clinical, therapeutic, and functional variables and the frequency of exacerbations during hospitalization.

Methods: A quantitative, observational, retrospective, and descriptive-correlational study was conducted in a Medium-Term and Rehabilitation Care Unit in the central region of Portugal. Patients admitted between January 1, 2022, and December 31, 2025, with complete clinical records were included. Data collection was performed through the analysis of electronic clinical records, including sociodemographic, clinical, therapeutic, and functional variables. The dependent variable corresponded to the frequency of exacerbations during hospitalization, categorized as no exacerbation, one exacerbation, and two or more exacerbations. Statistical analysis included descriptive and inferential statistics using Pearson's Chi-square and Kruskal-Wallis tests, considering a significance level of 0.05.

Results: Statistically significant associations were identified between exacerbation frequency and certain sociodemographic and clinical variables. The findings suggest that factors related to greater functional vulnerability and clinical complexity may be associated with a higher frequency of exacerbations during hospitalization, namely the presence of comorbidities, functional dependence, and the need for therapeutic devices.

Conclusion: Identifying the factors associated with exacerbation frequency in the context of Medium-Term and Rehabilitation Care Units may contribute to the early detection of situations of increased clinical vulnerability, optimization of clinical surveillance, and implementation of preventive strategies, promoting safer, individualized, and patient-centered care.

Keywords: Exacerbation; Integrated continuing care; Medium-term and rehabilitation care unit; Patient profile; Patient safety; Associated factors.

Lista de abreviaturas e siglas

Introdução

O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crónicas têm conduzido a uma crescente complexidade dos cuidados de saúde, exigindo respostas integradas e centradas na funcionalidade e continuidade assistencial. Neste contexto, os cuidados integrados e a transição entre níveis de cuidados assumem um papel fundamental na promoção da recuperação funcional, reabilitação e reintegração da pessoa em situação de dependência (World Health Organization, 2021; Leithaus et al., 2022).

Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, constitui uma resposta estruturada para pessoas com perda de autonomia ou necessidade de cuidados de reabilitação e apoio clínico continuado. As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) destinam-se a utentes com necessidade de cuidados clínicos e reabilitação funcional em regime de internamento temporário, promovendo a recuperação global e prevenindo complicações associadas à imobilidade e à doença aguda (Decreto-Lei n.º 101/2006; Armindo & Dourado, 2022).

Apesar do foco na reabilitação, o internamento em UMDR encontra-se frequentemente associado a episódios de deterioração clínica, descritos na literatura como eventos adversos ou agudizações clínicas. Estas situações correspondem a alterações súbitas do estado de saúde que podem exigir intervenção clínica adicional ou transferência para cuidados diferenciados (Burke et al., 2016; Puhan et al., 2016).

A evidência científica demonstra que fatores como idade avançada, multimorbilidade, dependência funcional, défices cognitivos, polimedicação e utilização de dispositivos invasivos estão associados a maior risco de eventos adversos em contextos de cuidados continuados e reabilitação (Leithaus et al., 2022; Cilla et al., 2023). Do mesmo modo, doenças crónicas cardiovasculares e respiratórias aumentam a probabilidade de instabilidade clínica e de deterioração funcional durante o internamento.

Neste contexto, a segurança do doente assume particular relevância. A Organização Mundial da Saúde define segurança do doente como a redução do risco de danos evitáveis associados aos cuidados de saúde (World Health Organization, 2019). Em unidades de internamento prolongado, a monitorização contínua e a deteção precoce de sinais de deterioração são fundamentais para prevenir complicações e garantir a qualidade dos cuidados (Schwendimann et al., 2018).

O enfermeiro desempenha um papel central neste processo, através da vigilância clínica, identificação precoce de alterações e coordenação de intervenções multidisciplinares. A prática de enfermagem baseada na evidência contribui de forma decisiva para a prevenção de complicações e para a melhoria dos resultados em saúde (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

Apesar da relevância do tema, a evidência científica sobre o perfil dos utentes com agudizações em UMDR permanece limitada, sobretudo em contexto nacional, sendo a maioria dos estudos centrada em contexto hospitalar ou pós-agudo (Armando & Dourado, 2022; Schwendimann et al., 2018).

Face a esta lacuna, torna-se pertinente caracterizar o perfil dos utentes que apresentam agudizações durante o internamento em UMDR, de forma a identificar fatores associados à vulnerabilidade clínica e apoiar estratégias preventivas.

Assim, o presente estudo tem como objeto de investigação os utentes internados numa Unidade de Média Duração e Reabilitação da região centro de Portugal, entre 1 de janeiro de 2022 e 31 de dezembro de 2025. A questão geral de investigação que orienta este trabalho é: “Qual o perfil dos utentes que apresentam agudizações durante o internamento em UMDR?”. O objetivo geral consiste em caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional dos utentes que apresentam agudizações durante o internamento e analisar os fatores associados à frequência dessas agudizações.

O presente trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo corresponde à introdução, onde são apresentados o tema, a problemática, os objetivos e a metodologia do estudo. O segundo capítulo integra o enquadramento teórico, abordando os cuidados continuados integrados, as agudizações clínicas, os fatores de risco associados e a segurança do doente. O terceiro capítulo descreve a metodologia utilizada, incluindo desenho do estudo, população, variáveis e procedimentos de análise estatística. O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos, seguindo-se, no quinto capítulo, a discussão dos resultados, as conclusões, as implicações para a prática clínica e sugestões para investigação futura.

1. Enquadramento teórico

O envelhecimento demográfico, associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas e de situações de dependência funcional, tem conduzido a profundas alterações nas necessidades em saúde da população. O aumento da esperança média de vida e a maior sobrevivência a episódios agudos de doença têm originado um crescimento significativo do número de pessoas com necessidades prolongadas de cuidados, exigindo respostas integradas e multidisciplinares capazes de assegurar continuidade assistencial, reabilitação funcional e apoio psicossocial (World Health Organization, 2015).

Neste contexto, os Cuidados Continuados Integrados assumem um papel central nos sistemas de saúde contemporâneos, procurando garantir uma articulação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados e promover a continuidade terapêutica após episódios de doença aguda. A literatura internacional descreve os cuidados continuados como fundamentais na resposta às necessidades de populações envelhecidas e com multimorbilidade, permitindo reduzir a fragmentação dos cuidados e melhorar os resultados clínicos e funcionais (Naylor et al., 2011; Goodwin et al., 2014).

Em Portugal, a organização dos cuidados continuados concretiza-se através da RNCCI, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. A RNCCI representa um modelo organizacional integrado de prestação de cuidados de saúde e apoio social dirigido a pessoas em situação de dependência funcional temporária ou prolongada, independentemente da idade.

As UMDR integram a tipologia de internamento da RNCCI e destinam-se a utentes com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, necessitando de cuidados clínicos, reabilitação funcional e apoio psicossocial durante um período de internamento geralmente compreendido entre 30 e 90 dias.

A crescente complexidade clínica dos utentes internados em UMDR constitui atualmente um desafio significativo para os profissionais de saúde. Muitos destes utentes apresentam múltiplas patologias crónicas, fragilidade clínica, dependência funcional e necessidade de monitorização contínua, fatores que aumentam a vulnerabilidade a eventos adversos e episódios de deterioração clínica (Fried et al., 2001; Clegg et al., 2013).

As agudizações clínicas constituem episódios de deterioração súbita ou agravamento do estado de saúde do utente, implicando frequentemente necessidade de intervenção clínica

diferenciada, ajuste terapêutico ou transferência hospitalar. Em contexto de cuidados continuados, estes episódios representam um importante desafio à continuidade dos cuidados.

Segundo Burke et al. (2016), a deterioração clínica em contextos pós-agudos encontra-se associada a maior risco de complicações, readmissões hospitalares e prolongamento do internamento.

Embora não exista uma definição universalmente consensual de agudização em cuidados continuados, a literatura descreve estes episódios como alterações agudas do estado clínico que exigem vigilância acrescida, intervenção terapêutica adicional ou referenciação para níveis de cuidados mais diferenciados. Entre as agudizações mais frequentemente descritas encontram-se infeções respiratórias, infeções urinárias, descompensações cardiovasculares, alterações metabólicas, quedas e deterioração neurológica aguda.

A ocorrência de agudizações é geralmente multifatorial, resultando da interação entre fragilidade clínica, multimorbilidade e fatores ambientais. McCarthy et al. (2020) salientam que utentes com maior complexidade clínica apresentam risco significativamente superior de deterioração aguda.

A idade avançada é consistentemente associada ao aumento da vulnerabilidade clínica (Clegg et al., 2013). A multimorbilidade contribui igualmente para maior complexidade clínica e risco de eventos adversos (Barnett et al., 2012). A polimedicação constitui outro fator relevante, estando associada a eventos adversos e deterioração funcional (Maher et al., 2014). A dependência funcional representa um importante indicador de fragilidade clínica, associando-se a pior prognóstico e maior risco de complicações (Fried et al., 2001).

A utilização de escalas como a Braden e a Morse permite identificar risco acrescido de eventos adversos. A deteção precoce de risco é essencial para a segurança do doente (Morse, 2009; Bergstrom et al., 1987).

A presença de alterações cognitivas associa-se a maior risco de queda, delirium e deterioração clínica (Inouye et al., 2014). A utilização de dispositivos invasivos aumenta o risco de infeção associada aos cuidados de saúde (Haque et al., 2018).

A OMS define segurança do doente como a redução do risco de dano desnecessário associado aos cuidados de saúde (World Health Organization, 2019).

O enfermeiro desempenha um papel central na vigilância clínica e deteção precoce de deterioração (Aiken et al., 2014; Griffiths et al., 2018). Mitchell et al. (2019) demonstram que sistemas estruturados de vigilância reduzem eventos adversos e transferências evitáveis.

Apesar da crescente relevância dos cuidados continuados integrados, a investigação sobre agudizações clínicas em contexto de UMDR permanece relativamente limitada, particularmente em contexto nacional. A maioria dos estudos existentes centra-se em ambientes hospitalares ou cuidados pós-agudos, existindo menor evidência relativamente aos fatores associados à ocorrência de agudizações em unidades de média duração e reabilitação.

Persistem igualmente lacunas relativamente à integração simultânea de variáveis sociodemográficas, clínicas, funcionais e terapêuticas na análise do perfil dos utentes que experienciam agudizações durante o internamento.

Neste contexto, torna-se pertinente desenvolver estudos que permitam caracterizar os fatores associados à ocorrência e frequência de agudizações em UMDR, contribuindo para a identificação precoce de situações de maior vulnerabilidade clínica e para a implementação de estratégias preventivas dirigidas.

2. Metodologia

Tipo de estudo

O presente estudo insere-se numa abordagem quantitativa, observacional, retrospectiva e descritivo-correlacional. Trata-se de um estudo documental, baseado na análise de registos clínicos eletrónicos de utentes internados numa UMDR integrada na RNCCI, localizada na região centro de Portugal.

A componente descritiva do estudo teve como finalidade caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico, terapêutico e funcional dos utentes internados na unidade. A componente correlacional permitiu analisar a existência de associações entre diferentes variáveis independentes e a frequência de agudizações ocorridas durante o internamento.

Questão de investigação

A presente investigação foi orientada pela seguinte questão geral:

Qual o perfil sociodemográfico, clínico e funcional dos utentes que apresentam agudizações durante o internamento numa Unidade de Média Duração e Reabilitação?

Objetivo geral

Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional dos utentes internados numa Unidade de Média Duração e Reabilitação e analisar os fatores associados à frequência de agudizações durante o internamento.

Objetivos específicos

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemograficamente os utentes internados na UMDR;
- Caracterizar as variáveis clínicas, terapêuticas e funcionais da amostra;
- Identificar a frequência e os principais tipos de agudização ocorridos durante o internamento;
- Analisar a relação entre variáveis sociodemográficas e a frequência de agudizações;

- Analisar a relação entre variáveis clínicas e terapêuticas e a frequência de agudizações;
- Avaliar a influência do estado funcional e cognitivo na frequência de agudizações;
- Verificar a associação entre comorbilidades específicas e a ocorrência de agudizações.

População e Amostra

A população em estudo correspondeu a todos os utentes internados numa Unidade de Média Duração e Reabilitação da região centro de Portugal entre 1 de janeiro de 2022 e 31 de dezembro de 2025. Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 270 utentes com internamento registado no período definido.

Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo:

- Uteses internados na UMDR entre janeiro de 2022 e dezembro de 2025;
- Uteses com registos clínicos eletrónicos completos;
- Uteses com informação disponível relativamente às variáveis em estudo.

Critérios de exclusão

Foram excluídos:

- Uteses com processos clínicos incompletos;
- Registos sem informação suficiente relativamente à variável dependente;
- Episódios de internamento duplicados.

Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através da consulta e análise de registos clínicos eletrónicos existentes na instituição.

Foi elaborado um formulário de recolha de dados estruturado especificamente para o estudo, permitindo sistematizar a informação relevante relativamente às variáveis sociodemográficas, clínicas, terapêuticas, funcionais e relacionadas com as agudizações.

Foram recolhidas as seguintes variáveis:

- Variáveis sociodemográficas

- Idade;
- Género;
- Estado civil;
- Autonomia prévia.

- Variáveis clínicas e terapêuticas

- Diagnóstico principal;
- Número de comorbilidades;
- Presença de comorbilidades específicas;
- Número de medicamentos diários;
- Utilização de psicofármacos;
- Tempo de internamento.

- Variáveis funcionais

- Escala de Braden;
- Escala de Morse;
- Estado de orientação;
- Grau de dependência funcional.

- Variáveis relacionadas com dispositivos e necessidades clínicas

- Necessidade de oxigenoterapia;
- Necessidade de ventilação não invasiva;
- Presença de dispositivos externos;
- Presença de sonda vesical;
- Presença de ostomia;

- Presença de úlceras por pressão.

- Variável dependente

A variável dependente do estudo correspondeu ao número de agudizações por utente durante o internamento.

As agudizações foram posteriormente categorizadas em:

- Não agudizou;
- 1 agudização;
- ≥ 2 agudizações.

Procedimentos de Recolha de Dados

Após autorização institucional para realização do estudo, procedeu-se à consulta dos processos clínicos eletrónicos dos utentes elegíveis. A recolha de dados decorreu exclusivamente através da análise documental dos registos clínicos, garantindo-se o anonimato, confidencialidade e proteção dos dados pessoais dos participantes. Os dados foram codificados e introduzidos numa base de dados informática para posterior tratamento estatístico.

O estudo respeitou os princípios éticos inerentes à investigação em saúde, nomeadamente os princípios da confidencialidade, anonimato, beneficência e proteção de dados pessoais.

Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do software IBM SPSS Statistics®, versão 28.

Inicialmente foi efetuada análise estatística descritiva, recorrendo a:

- frequências absolutas e relativas;
- médias;
- desvios-padrão;
- valores mínimos e máximos.

Para avaliação da normalidade da variável dependente (“número de agudizações por utente”) foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors. Verificou-se ausência de

distribuição normal ($p < 0,05$), motivo pelo qual se optou pela utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Na análise inferencial foram utilizados:

- Teste U de Mann-Whitney para comparação entre dois grupos independentes;
- Teste de Kruskal-Wallis para comparação entre três ou mais grupos independentes;
- Teste do Qui-quadrado para análise de associação entre variáveis categóricas.

O nível de significância estatística considerado foi de 5% ($p < 0,05$), admitindo-se um intervalo de confiança de 95%.

Foram considerados:

- valores de $p < 0,05$ como estatisticamente significativos;
- $p < 0,01$ como muito significativos;
- $p < 0,001$ como altamente significativos.

3. Resultados

No presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos através da análise dos dados recolhidos a partir dos registos clínicos eletrónicos dos utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação em estudo.

A apresentação dos resultados encontra-se organizada de forma sequencial e estruturada, de acordo com os objetivos definidos para a investigação. Inicialmente procede-se à caracterização sociodemográfica, clínica, terapêutica e funcional da amostra, seguindo-se a análise das agudizações ocorridas durante o internamento. Posteriormente, apresenta-se a análise inferencial dos dados, com o objetivo de identificar associações entre as variáveis independentes em estudo e a frequência de agudizações dos participantes.

De forma a facilitar a interpretação e compreensão dos resultados obtidos, recorreu-se à utilização de tabelas e representações gráficas consideradas pertinentes.

Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra em estudo foi constituída por 270 utentes internados numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, dos quais 53,3% pertenciam ao sexo feminino e 46,7% ao sexo masculino.

Relativamente à idade, os participantes apresentaram uma média de $74,23 \pm 11,63$ anos, com valores compreendidos entre os 24 e os 98 anos (Tabela 3) Quando analisada a distribuição por género, verificou-se que as mulheres apresentavam média etária superior (75,88 anos) comparativamente aos homens (72,34 anos).

A faixa etária predominante situou-se entre os 71 e os 80 anos, correspondendo a 42,2% da amostra total. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre género e grupo etário ($X^2=7,434$; $p=0,059$).

Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade dos participantes em função do género

Género	n	Min.	Max.	Média	dp
Masculino	126	24	98	72,34	12,24
Feminino	144	29	97	75,88	10,84

Total	270	24	98	74,23	11,63
--------------	-----	----	----	-------	-------

Quanto ao estado civil, observou-se predominância de participantes casados (45,6%), seguindo-se os viúvos (29,3%) (Tabela 4). Nos participantes do sexo masculino predominou o estado civil casado, enquanto no sexo feminino se verificou maior frequência de viúvas. Foram identificadas diferenças estatisticamente altamente significativas entre gênero e estado civil ($X^2=26,837$; $p<0,001$). Os resíduos ajustados evidenciaram maior frequência de homens casados e divorciados, bem como maior frequência de mulheres viúvas.

Relativamente à autonomia prévia, a maioria dos participantes era previamente independente (84,1%). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre gênero e autonomia prévia ($X^2=3,913$; $p=0,048$), observando-se maior independência prévia no sexo feminino.

No que respeita ao tempo de internamento, verificou-se predominância de internamentos entre 3 e 6 meses (56,7%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre gênero e duração do internamento ($X^2=5,538$; $p=0,236$).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos participantes em função do gênero

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	M	F		
	(126)	(46,7)	(144)	(53,3)	(270)	(100.0)				
Idade										
≤60 anos	21	16,7%	12	8,3%	33	12,2%	2,1	- 2,1	7,434	0,059
61-70 anos	26	20,6%	21	14,6%	47	17,4%	1,3	- 1,3		
71-80 anos	49	38,9%	65	45,1%	114	42,2%	- 1,0	1,0		
>80 anos	30	23,8%	46	31,9%	76	28,1%	- 1,5	1,5		
Estado civil										
Casado	66	52,4%	57	39,6%	123	45,6%	2,1	- 2,1	26,837	0,000***

Viúvo	18	14,3%	61	42,4%	79	29,3%	- 5,1	5,1	
Divorciado	21	16,7%	12	8,3%	33	12,2%	2,1	- 2,1	
Solteiro	21	16,7%	14	9,7%	35	13,0%	1,7	- 1,7	
Autonomia prévia									
Dependente	26	20,6%	17	11,8%	43	15,9%	2,0	- 2,0	3,913 0,048*
Independente	100	79,4%	127	88,2%	227	84,1%	- 2,0	2,0	
Internamento									
≤1 mês	8	6,3%	7	4,9%	15	5,6%	0,5	- 0,5	
1-3 meses	42	33,3%	44	30,6%	86	31,9%	0,5	- 0,5	
3-6 meses	65	51,6%	88	61,1%	153	56,7%	- 1,6	1,6	5,538 0,236
6-12 meses	9	7,1%	5	3,5%	14	5,2%	1,4	- 1,4	
>12 meses	2	1,6%	0	0,0%	2	0,7%	1,5	- 1,5	
Total	126	100.0	144	100.0	270	100.0			

Relativamente aos dias de internamento, os participantes apresentaram um tempo médio de internamento de $101,63 \pm 58,31$ dias, com valores compreendidos entre 5 e 507 dias (Tabela 5). Os participantes do sexo masculino apresentaram média de internamento superior (105,52 dias) comparativamente ao sexo feminino (98,22 dias).

Tabela 5- Estatísticas relativas aos dias de internamento dos participantes em função do género

Género	n	Min.	Max.	Média	dp
Masculino	126	5	507	105,52	72,18
Feminino	144	8	276	98,22	42,62
Total	270	5	507	101,63	58,31

Caraterização das variáveis clínicas dos participantes

A análise das variáveis clínicas permitiu caracterizar o perfil clínico e funcional dos utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação.

O número de comorbilidades por participante apresentou uma média de $6,19 \pm 3,44$, variando entre zero e vinte comorbilidades. Verificou-se uma média ligeiramente superior no sexo feminino (6,31) comparativamente ao sexo masculino (6,06) (**Tabela 6**).

Tabela 6- Estatísticas relativas ao nº de comorbilidades dos participantes em função do género

Género	n	Min.	Max.	Média	dp
Masculino	126	0	18	6,06	3,50
Feminino	144	1	20	6,31	3,41
Total	270	0	20	6,19	3,44

Relativamente à categorização diagnóstica, observou-se predominância de patologias neurológicas (41,1%) e ortopédico-traumáticas (37,4%). As patologias endócrino-metabólicas corresponderam à categoria menos frequente, representando apenas 1,5% da amostra (**Tabela 7**).

No que respeita ao número de comorbilidades, verificou-se que 48,9% dos participantes apresentavam menos de cinco comorbilidades, enquanto 39,6% apresentavam entre seis e dez e 11,5% apresentavam mais de dez comorbilidades (**Tabela 7**).

Entre as comorbilidades identificadas, destacaram-se as doenças cardiovasculares, presentes em 84,4% dos participantes, seguindo-se a doença respiratória crónica (30,0%), fibrilhação auricular (19,6%), doença oncológica (16,7%) e doença renal crónica (13,0%). Dos participantes com doença renal crónica, 1,5% realizavam hemodiálise (**Tabela 7**).

Tabela 7 - Caraterização dos diagnósticos e comorbilidades

	Frequência	
	nº (270)	% (100.0)
Categoria dos diagnósticos		
Neurológico	111	41,1
Cardiovascular	8	3,0

Respiratório	9	3,3
Ortopédico / Traumático	101	37,4
Infecioso	12	4,4
Gastrointestinal / Hepático	10	3,7
Oncológico	15	5,6
Endócrino / metabólico	4	1,5
N.º de Comorbilidades		
≤5	132	48,9
6-10	107	39,6
>10	31	11,5
Comorbilidades		
Doença cardiovascular	228	84,4
Fibrilhação auricular	53	19,6
Insuficiência cardíaca	32	11,9
Doença respiratória crónica	81	30,0
DPOC	11	4,1
Doença renal crónica	35	13,0
DRC com diálise	4	1,5
Doença oncológica	45	16,7

Relativamente à terapêutica medicamentosa, o número médio de medicamentos diários foi de $10,24 \pm 3,71$, variando entre zero e vinte medicamentos. As mulheres apresentaram média ligeiramente superior de medicação diária comparativamente aos homens (**Tabela 8**).

Tabela 8 - Estatísticas relativas ao n.º de medicamentos dos participantes em função do género

Género	n	Min.	Max.	Média	dp
Masculino	126	0	20	10,16	3,95
Feminino	144	0	19	10,31	3,49
Total	270	0	20	10,24	3,71

Verificou-se elevada prevalência de hiperpolimedicação, com 54,1% dos participantes a apresentarem consumo superior a dez medicamentos diários. Observou-se ainda que

42,6% dos participantes eram polimedicados e apenas 3,3% apresentavam consumo inferior a cinco medicamentos diários. A utilização de psicofármacos foi identificada em 78,1% da amostra (**Tabela 9**).

Tabela 9- Caracterização da terapêutica dos participantes

	Frequência	
	n° (270)	% (100.0)
Medicamentos		
Medicado (<5)	9	3,3
Polimedicado (5-9)	115	42,6
Hiperpolimedicado (≥10)	146	54,1
Utiliza psicofármacos		
Não	59	21,9
Sim	211	78,1

No que respeita ao risco de desenvolvimento de lesão por pressão, avaliado através da Escala de Braden, predominou o baixo risco (67,4%), enquanto 32,6% dos participantes apresentavam alto risco.

Relativamente ao risco de queda, avaliado pela Escala de Morse, verificou-se predominância de baixo risco (45,9%), seguido de alto risco (28,5%) e ausência de risco (25,6%).

Quanto ao estado cognitivo, verificou-se que 74,1% dos participantes se encontravam orientados.

Relativamente ao grau de dependência funcional durante o internamento, predominou a dependência parcial, observada em 67,8% da amostra. Os participantes totalmente dependentes representaram 22,2%, enquanto apenas 10,0% eram independentes (**Tabela 10**).

Tabela 10- Caracterização do risco de úlceras de pressão, de queda, orientação e nível de dependência dos participantes

	Frequência	
	n° (270)	% (100.0)

Escala de Braden			
	Baixo risco	182	67,4
	Alto risco	88	32,6
Escala de Morse			
	Sem risco	69	25,6
	Baixo risco	124	45,9
	Alto risco	77	28,5
GCS (adaptada)			
	Não orientado	70	25,9
	Orientado	200	74,1
Grau de dependência no internamento			
	Dependente	60	22,2
	Parcialmente dependente	183	67,8
	Independente	27	10,0

No que respeita à presença de dispositivos e necessidades clínicas específicas, verificou-se que 25,6% dos participantes apresentavam dispositivos externos. A necessidade de ventilação não invasiva esteve presente em 9,3% dos participantes, enquanto 5,9% necessitavam de oxigenoterapia suplementar.

A presença de sonda vesical foi identificada em 8,1% dos participantes, enquanto as ostomias e as lesões por pressão estiveram presentes em 4,8% dos casos (**Tabela 11**).

Tabela 11 - Caracterização dos dispositivos, presenças e necessidades dos participantes

Dispositivos / Presenças / Necessidades	Frequência	
	nº (270)	% (100.0)
Dispositivos externos	69	25,6
Necessidade de O2 suplementar	16	5,9
Necessidade de VNI	25	9,3
Presença de ostomia	13	4,8
Presença de sonda vesical	22	8,1
Presença de UPP	13	4,8

A análise das agudizações ocorridas durante o internamento permitiu identificar a frequência e os principais motivos associados aos episódios de deterioração clínica dos participantes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação.

O número de agudizações por participante apresentou uma média de $0,49 \pm 0,99$ episódios, variando entre zero e cinco ocorrências. Verificou-se uma média superior de agudizações no sexo masculino (0,64) comparativamente ao sexo feminino (0,35) (**Tabela 12**).

Tabela 12 - Estatísticas relativas ao n.º de agudizações nos participantes em função do género

Género	n	Min.	Max.	Média	dp
Masculino	126	0	5	0,64	1,15
Feminino	144	0	4	0,35	0,81
Total	270	0	5	0,49	0,99

Relativamente à frequência de agudizações, observou-se que a maioria dos participantes (73,0%) não apresentou qualquer episódio de agudização durante o internamento. Verificou-se ainda que 15,2% dos participantes apresentaram uma agudização e 11,8% apresentaram duas ou mais agudizações (**Tabela 13**).

No que respeita aos tipos de agudização identificados, as quedas constituíram o motivo mais frequente, representando 9,3% dos episódios registados. Seguiram-se as infeções respiratórias e as descompensações cardiovasculares, ambas com frequência de 8,5%.

As infeções urinárias corresponderam a 1,5% das agudizações observadas, enquanto as descompensações gastrointestinais representaram 0,7% dos episódios. Foram ainda identificadas outras causas de agudização, correspondendo a 6,3% dos casos (**Tabela 13**).

Tabela 13 - Caracterização das agudizações nos participantes

	Frequência	
	nº (270)	% (100.0)
Agudização por:		
Queda	25	9,3
Infeção respiratória	23	8,5
Infeção urinária	4	1,5
Descompensação cardiovascular	23	8,5

Descompensação gastrointestinal	2	0,7
Outros motivos	17	6,3
Frequência da agudização		
Não agudizou	197	73,0
1 agudização	41	15,2
≥2 agudizações	32	11,8

Análise Inferencial

Após a apresentação da análise descritiva dos dados, procedeu-se à análise inferencial, com o objetivo de explorar possíveis associações entre as variáveis independentes em estudo e a frequência de agudizações dos utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação.

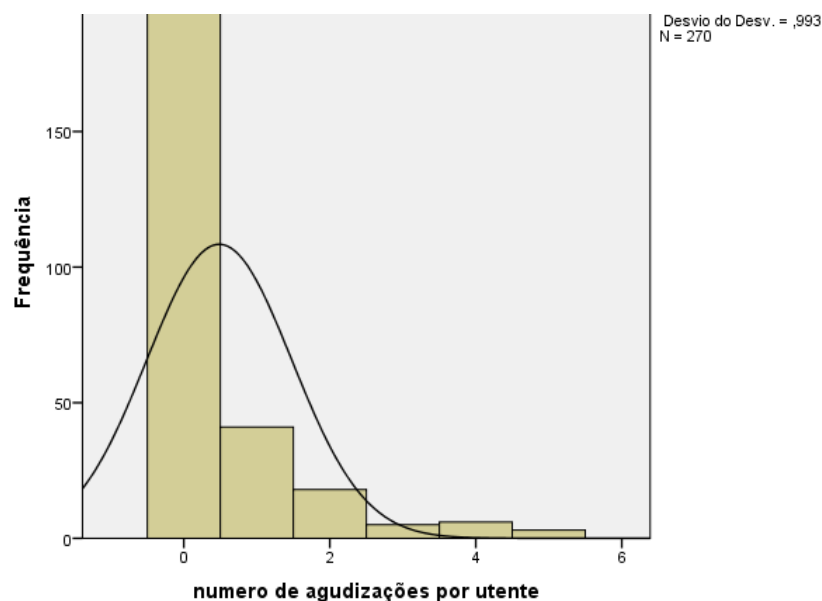
Numa primeira fase, avaliou-se a distribuição da variável dependente “número de agudizações por utente”, recorrendo ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors. Os resultados obtidos demonstraram ausência de distribuição normal da variável ($p < 0,001$), conforme apresentado na Tabela 14.

Tabela 14 - Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	p
N.º de agudizações por utente	0,417	0,000***

A observação gráfica da distribuição da variável dependente, através do histograma com curva de normalidade (Gráfico 1), permitiu verificar uma assimetria positiva acentuada, caracterizada pela elevada concentração de utentes sem episódios de agudização e reduzida frequência de utentes com múltiplas agudizações, reforçando a inexistência de distribuição normal.

Gráfico 1 - Histograma da distribuição do número de agudizações por utente com curva de normalidade



Perante a ausência de normalidade da variável dependente, optou-se pela utilização de testes estatísticos não paramétricos, considerados os mais adequados para a análise inferencial dos dados em estudo. Assim, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney para comparação entre dois grupos independentes e ao teste de Kruskal-Wallis para comparação entre três ou mais grupos independentes.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28.0 para Windows.

Para a interpretação dos resultados estatísticos foi considerado um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), assumindo-se a existência de associação estatisticamente significativa entre variáveis quando $p<0,05$.

Com o objetivo de analisar os fatores associados à frequência de agudizações dos utentes, formularam-se diferentes questões de investigação, organizadas de acordo com os grupos de variáveis em estudo: variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas, variáveis funcionais e presença de comorbilidades específicas.

Questão 1 – As variáveis sociodemográficas influenciam a frequência de agudizações dos utentes?

Com o objetivo de analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a frequência de agudizações dos utentes, procedeu-se à aplicação dos testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, conforme a natureza das variáveis em estudo.

Relativamente ao género, os resultados obtidos através do teste U de Mann-Whitney demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,008$), verificando-se, através das ordenações médias, uma maior frequência de agudizações nos participantes do sexo masculino comparativamente ao sexo feminino.

No que respeita à idade, procedeu-se à aplicação do teste de Kruskal-Wallis. Os resultados evidenciaram ordenações médias superiores nos utentes com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos, seguidos dos participantes entre os 61 e os 70 anos. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários e a frequência de agudizações ($p=0,264$).

Relativamente ao estado civil, os resultados obtidos demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,015$). As ordenações médias mais elevadas foram observadas nos participantes divorciados e casados, enquanto os participantes solteiros apresentaram menor frequência de agudizações.

Os resultados detalhados encontram-se apresentados na Tabela 15.

Tabela 15- Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com o número de agudizações

Variáveis	N.º de Agudizações por Utente	Teste
	Ordenação média	
Género		
Masculino	<i>146,05</i>	Mann-Whitney
Feminino	<i>126,27</i>	
(p)	<i>0,008**</i>	
Residência		
≤60 anos	132,59	Kruskal-Wallis
61-70 anos	137,68	
71-80 anos	142,53	

>80 anos	124,87	
(p)	0,264	
Estado civil		
Casado	144,31	Kruskal-Wallis
Viúvo	128,47	
Divorciado	145,95	
Solteiro	110,53	
(p)	0,015*	

Questão 2 – As variáveis clínicas (tempo de internamento, n.º de comorbilidades, n.º de medicamentos e utilização de psicofármacos) influenciam o N.º de Agudizações dos utentes?

Com o objetivo de analisar a relação entre as variáveis clínicas e a frequência de agudizações dos utentes, procedeu-se à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney, de acordo com a natureza das variáveis em estudo.

Relativamente ao tempo de internamento, os resultados obtidos através do teste de Kruskal-Wallis evidenciaram uma tendência crescente da frequência de agudizações à medida que aumentava o tempo de internamento. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de duração do internamento e o número de agudizações ($p=0,607$).

No que respeita ao número de comorbilidades, verificou-se igualmente uma tendência para maior frequência de agudizações nos participantes com maior carga de comorbilidades. Os utentes com mais de dez comorbilidades apresentaram ordenações médias superiores comparativamente aos restantes grupos. No entanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,207$).

Relativamente ao número de medicamentos diários, observou-se uma tendência crescente da frequência de agudizações associada ao aumento da medicação diária. Os participantes classificados como hiperpolimedicados apresentaram ordenações médias superiores face aos restantes grupos. Apesar desta tendência, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados ($p=0,107$).

Quanto à utilização de psicofármacos, os resultados do teste U de Mann-Whitney demonstraram ordenações médias superiores nos utentes que utilizavam este tipo de

medicação, sugerindo maior frequência de agudizações comparativamente aos participantes que não utilizavam psicofármacos. Contudo, as diferenças observadas não apresentaram significância estatística ($p=0,332$).

Os resultados detalhados encontram-se apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis clínicas com o número de agudizações

Variáveis	N.º de Agudizações por Utente	Teste
	Ordenação média	
Tempo de internamento		
≤1 mês	132,70	Kruskal-Wallis
1-3 meses	127,67	
3-6 meses	138,80	
6-12 meses	147,25	
>12 meses	158,50	
(p)	0,607	
N.º de comorbilidades		
≤5	132,47	Kruskal-Wallis
6-10	133,98	
>10	153,66	
(p)	0,207	
N.º de medicamentos		
Medicado (<5)	112,22	Kruskal-Wallis
Polimedicado (5-9)	128,82	
Hiperpolimedicado (≥10)	142,20	
(p)	0,107	
Utilização de psicofármacos		
Não	128,70	Mann-Whitney
Sim	137,40	

(p)	0,332	
<i>*p<0,05</i>	<i>**p<0,01</i>	<i>***p<0,001</i>

Questão 3 – O risco de desenvolver lesão por pressão, o risco de queda, o estado de orientação e o grau de dependência influenciam a frequência de agudizações dos utentes?

Com o objetivo de analisar a relação entre as variáveis funcionais e a frequência de agudizações dos utentes, procedeu-se à aplicação dos testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, de acordo com a natureza das variáveis em estudo.

Relativamente ao risco de desenvolvimento de lesão por pressão, avaliado através da Escala de Braden, os resultados obtidos pelo teste U de Mann-Whitney evidenciaram diferenças estatisticamente altamente significativas entre os grupos ($p<0,001$). Verificou-se, através das ordenações médias, uma maior frequência de agudizações nos participantes classificados com alto risco comparativamente aos participantes com baixo risco.

No que respeita ao risco de queda, avaliado pela Escala de Morse, os resultados do teste de Kruskal-Wallis demonstraram ordenações médias superiores nos participantes classificados sem risco de queda, seguidos dos participantes com baixo risco. Contudo, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à frequência de agudizações ($p=0,468$).

Relativamente ao estado de orientação, os resultados obtidos através do teste U de Mann-Whitney evidenciaram diferenças estatisticamente bastante significativas entre os grupos ($p=0,002$). Os participantes não orientados apresentaram ordenações médias superiores, traduzindo maior frequência de agudizações comparativamente aos participantes orientados.

Quanto ao grau de dependência funcional, os resultados do teste de Kruskal-Wallis demonstraram diferenças estatisticamente altamente significativas entre os grupos ($p<0,001$). Observou-se uma tendência decrescente da frequência de agudizações à medida que aumentava o grau de independência funcional, verificando-se ordenações médias mais elevadas nos participantes dependentes e mais reduzidas nos participantes independentes.

Os resultados detalhados encontram-se apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as escalas de Braden, de Morse, GCS e grau de dependência com o número de agudizações

Variáveis	N.º de Agudizações por Utente	Teste
	Ordenação média	
Escala de Braden		
Baixo risco	<i>125,99</i>	Mann-Whitney
Alto risco	<i>155,18</i>	
(p)	<i>0,000***</i>	
Escala de Morse		
Sem risco	142,64	Kruskal-Wallis
Baixo risco	134,71	
Alto risco	130,37	
(p)	0,468	
GCS		
Não orientado	<i>154,68</i>	Mann-Whitney
Orientado	<i>128,79</i>	
(p)	<i>0,002**</i>	
Grau de dependência		
Dependente	<i>170,64</i>	Kruskal-Wallis
Parcialmente dependente	<i>127,09</i>	
Independente	<i>114,41</i>	
(p)	<i>0,000***</i>	

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Questão 4 – As diferentes comorbilidades influenciam a frequência de agudizações dos utentes?

Com o objetivo de analisar a relação entre as diferentes comorbilidades e a frequência de agudizações dos utentes, procedeu-se à aplicação do teste U de Mann-Whitney para comparação entre os participantes com e sem cada uma das comorbilidades em estudo.

Relativamente à doença cardiovascular e à fibrilhação auricular, os resultados demonstraram ordenações médias ligeiramente superiores nos participantes sem estas patologias. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados ($p=0,590$ e $p=0,217$, respetivamente).

No que respeita à insuficiência cardíaca, observaram-se ordenações médias superiores nos participantes com esta condição clínica, sugerindo maior frequência de agudizações. Ainda assim, as diferenças observadas não apresentaram significância estatística ($p=0,639$).

Relativamente à doença respiratória crónica, os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,042$), verificando-se ordenações médias superiores nos participantes com esta patologia, traduzindo maior frequência de agudizações comparativamente aos restantes utentes.

Quanto à presença de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), verificaram-se ordenações médias superiores nos participantes com esta condição clínica. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,351$).

No que respeita à doença renal crónica, os participantes com esta comorbilidade apresentaram ordenações médias superiores, sugerindo maior frequência de agudizações. Apesar disso, as diferenças observadas não atingiram significância estatística ($p=0,062$).

Relativamente à doença oncológica, os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,011$), verificando-se maior frequência de agudizações nos participantes com patologia oncológica.

Os resultados detalhados encontram-se apresentados na Tabela 18.

Tabela 18 - Associação entre as comorbilidades e o número de agudizações dos participantes

Comorbilidades	N.º de Agudizações por Utente		Teste
	Ordenação média		
Doença cardiovascular	Não tem	140,15	Mann-Whitney
	Tem	134,64	
(p)	0,590		

Fibrilhação auricular	Não tem	137,76	Mann-Whitney
	Tem	126,25	
(p)		0,217	
Insuficiência cardíaca	Não tem	134,86	Mann-Whitney
	Tem	140,23	
(p)		0,639	
Doença respiratória crónica	Não tem	130,56	Mann-Whitney
	Tem	147,02	
(p)		0,042*	
DPOC	Não tem	134,79	Mann-Whitney
	Tem	152,27	
(p)		0,351	
Doença renal crónica	Não tem	132,84	Mann-Whitney
	Tem	153,39	
(p)		0,062	
Doença oncológica	Não tem	131,27	Mann-Whitney
	Tem	156,63	
(p)		0,011*	

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

4. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional dos utentes internados numa Unidade de Média Duração e Reabilitação e analisar os fatores associados à frequência de agudizações durante o internamento.

De forma global, os resultados obtidos evidenciaram que a ocorrência de agudizações se encontra associada a características indicadoras de maior vulnerabilidade clínica e funcional dos utentes. Estes achados são consistentes com a evidência que identifica a fragilidade e multimorbilidade como principais determinantes de deterioração clínica em contextos de cuidados prolongados (Clegg et al., 2013; Fried et al., 2001).

Apesar de algumas variáveis clínicas não apresentarem associações estatisticamente significativas, observou-se tendência para maior frequência de agudizações em utentes com maior complexidade clínica, em linha com a literatura que descreve a multimorbilidade e polimedicação como fatores de risco relevantes (Barnett et al., 2012; Maher et al., 2014).

Os resultados corroboram a evidência científica que identifica a fragilidade clínica e funcional como importante fator de risco para deterioração do estado de saúde em contextos de cuidados continuados (Clegg et al., 2013). Neste sentido, as agudizações poderão ser entendidas como manifestações de instabilidade clínica em utentes particularmente vulneráveis, frequentemente caracterizados por elevada dependência funcional, coexistência de múltiplas patologias e necessidade acrescida de vigilância clínica.

Importa ainda salientar que o contexto das Unidades de Média Duração e Reabilitação apresenta especificidades próprias, nomeadamente a prestação de cuidados a utentes com elevada complexidade clínica e funcional, em processo de transição entre o internamento hospitalar e o regresso à comunidade. Estas características reforçam a necessidade de estratégias de vigilância sistemática, prevenção de complicações e identificação precoce de sinais de deterioração clínica.

A discussão dos resultados será apresentada de acordo com os diferentes grupos de variáveis analisadas, procurando relacionar os principais achados do estudo com a evidência científica disponível.

A idade média observada ($74,23 \pm 11,63$ anos) é consistente com estudos em cuidados pós-agudos, onde a população é predominantemente idosa e clinicamente complexa (Fried et al., 2001; Covinsky et al., 2011). O predomínio do sexo feminino também acompanha a tendência epidemiológica associada ao envelhecimento populacional e maior esperança média de vida das mulheres.

Relativamente ao perfil clínico, a elevada prevalência de multimorbilidade e polimedicação é amplamente descrita na literatura como fator associado a maior risco de eventos adversos (Barnett et al., 2012; Maher et al., 2014).

A dependência funcional observada reforça a complexidade assistencial destes utentes. A fragilidade funcional é reconhecida como preditor independente de eventos adversos, institucionalização e mortalidade (Fried et al., 2001; Rockwood et al., 2005).

No que respeita às agudizações, verificou-se que a maioria dos utentes não apresentou episódios de deterioração clínica durante o internamento. Contudo, entre os participantes que agudizaram, destacaram-se as quedas, infeções respiratórias e descompensações cardiovasculares como principais causas. Estes resultados são consistentes com a literatura sobre cuidados pós-agudos e populações idosas institucionalizadas (Inouye et al., 2014; Mitchell et al., 2019).

O sexo masculino apresentou frequência de agudizações significativamente superior, resultado compatível com estudos que associam maior carga de doença cardiovascular e respiratória nos homens (Benetos et al., 2019; Oksuzyan et al., 2008).

A análise inferencial realizada permitiu identificar associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais e a frequência de agudizações, reforçando a natureza multifatorial do fenómeno.

No que respeita ao estado civil, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, com maior frequência de agudizações nos utentes divorciados e casados. Embora a evidência seja limitada em cuidados continuados, o suporte social é reconhecido como determinante de saúde relevante pela OMS (WHO, 2019; Holt-Lunstad et al., 2015).

A idade não apresentou associação significativa, apesar de ser reconhecida como fator de risco para fragilidade. Este resultado reforça a ideia de que a complexidade clínica pode ser mais determinante do que a idade isolada (Clegg et al., 2013; Rockwood et al., 2005).

Os utentes classificados com alto risco de lesão por pressão apresentaram maior frequência de agudizações, refletindo maior fragilidade global e imobilidade (Braden & Bergstrom, 1987; Coleman et al., 2013).

O défice cognitivo e ausência de orientação estiveram associados a maior frequência de agudizações, em linha com o risco aumentado de delirium e quedas (Inouye et al., 2014).

O grau de dependência funcional revelou associação altamente significativa com agudizações, sendo consistente com o conceito de fragilidade e declínio funcional progressivo (Fried et al., 2001; Rockwood et al., 2005).

A doença respiratória crónica e a doença oncológica associaram-se significativamente a maior frequência de agudizações, o que é consistente com a evidência sobre DPOC e vulnerabilidade sistémica em oncologia (Barnes, 2015; McCarthy et al., 2023).

Por outro lado, apesar de algumas comorbilidades como insuficiência cardíaca, doença renal crónica e DPOC apresentarem tendência para maior frequência de agudizações, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas, sugerindo influência de fatores multifatoriais.

Globalmente, os resultados indicam que as agudizações em UMDR resultam da interação entre múltiplos fatores clínicos, funcionais e contextuais, reforçando a necessidade de abordagens multidimensionais na avaliação do risco (Clegg et al., 2013; Barnett et al., 2012).

Estes achados reforçam a importância de abordagens multidimensionais na avaliação do risco clínico dos utentes internados em cuidados continuados, privilegiando estratégias preventivas, vigilância sistemática e intervenções precoces dirigidas aos grupos mais vulneráveis.

Os resultados têm implicações relevantes para a prática de enfermagem, sobretudo na vigilância clínica e prevenção de complicações. A identificação precoce de fatores de risco é essencial para a segurança do doente (WHO, 2019). O enfermeiro assume um papel central na deteção precoce de deterioração clínica, através da monitorização contínua do estado funcional, cognitivo e clínico (Mitchell et al., 2019).

Os resultados obtidos relativamente ao grau de dependência funcional e ao risco de desenvolvimento de lesão por pressão sugerem igualmente a importância da implementação sistemática de medidas preventivas dirigidas aos utentes mais

vulneráveis, incluindo estratégias de mobilização, prevenção de quedas, vigilância cutânea e adequação dos cuidados de higiene e conforto. A utilização de escalas como Braden e Morse contribui para prevenção de eventos adversos (Coleman et al., 2013).

Por outro lado, a elevada prevalência de polimedicação e utilização de psicofármacos observada na amostra reforça a necessidade de monitorização rigorosa dos regimes terapêuticos e vigilância contínua de potenciais efeitos adversos. Em populações idosas e clinicamente complexas, a utilização simultânea de múltiplos fármacos está frequentemente associada a maior risco de quedas, alterações do estado cognitivo, interações medicamentosas e outros eventos adversos relacionados com a terapêutica.

A segurança do doente assume, assim, particular relevância em contexto de UMDR, exigindo práticas clínicas baseadas em evidência, comunicação eficaz entre profissionais e utilização sistemática de instrumentos de avaliação de risco capazes de apoiar a tomada de decisão clínica. A utilização de escalas como Braden e Morse poderá constituir um importante contributo para identificação precoce de situações de vulnerabilidade e priorização de intervenções preventivas.

Adicionalmente, os resultados reforçam a importância da capacitação das equipas de enfermagem para a gestão de situações de instabilidade clínica em contexto de cuidados continuados, promovendo competências ao nível da avaliação clínica, raciocínio clínico, tomada de decisão e gestão do risco.

Por fim, considera-se que a prevenção de agudizações poderá contribuir não apenas para melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados, mas também para redução de transferências hospitalares evitáveis, diminuição do tempo de internamento e promoção de melhores ganhos funcionais e qualidade de vida dos utentes internados em UMDR.

Apesar da relevância dos resultados obtidos, importa reconhecer algumas limitações inerentes ao presente estudo, as quais devem ser consideradas na interpretação dos dados e na generalização das conclusões.

Em primeiro lugar, trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico, realizado numa única Unidade de Média Duração e Reabilitação. Esta característica limita a extrapolação dos resultados para outras instituições ou contextos de cuidados continuados, uma vez que poderão existir diferenças organizacionais, assistenciais e populacionais entre unidades.

Adicionalmente, a utilização de uma amostra de conveniência poderá constituir uma limitação metodológica, na medida em que não garante representatividade total da população de utentes internados em UMDR. Apesar disso, considera-se que a amostra estudada permitiu obter informação relevante relativamente ao perfil clínico e funcional dos utentes e aos fatores associados às agudizações durante o internamento.

O facto de a recolha de dados ter sido realizada através da análise de registos clínicos eletrónicos implica igualmente dependência da qualidade, completude e rigor dos registos efetuados pelos profissionais de saúde. Assim, poderá ter ocorrido sub-registo de informação clínica ou variabilidade nos critérios de documentação, condicionando a precisão de algumas variáveis analisadas.

Importa ainda referir que o desenho metodológico utilizado não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis estudadas e a ocorrência de agudizações, possibilitando apenas identificar associações estatísticas entre os diferentes fatores analisados e a frequência de agudizações observadas.

Por outro lado, algumas variáveis potencialmente relevantes para compreensão do fenómeno em estudo não foram incluídas na análise, nomeadamente indicadores laboratoriais, estado nutricional, fragilidade clínica, suporte familiar, estado emocional ou variáveis relacionadas com a intensidade dos cuidados prestados, podendo estas influenciar a ocorrência de episódios de deterioração clínica.

Apesar das limitações identificadas, considera-se que o presente estudo constitui um contributo relevante para aprofundar o conhecimento sobre o perfil dos utentes com agudizações em contexto de Unidade de Média Duração e Reabilitação, permitindo identificar fatores potencialmente associados à vulnerabilidade clínica e à necessidade acrescida de vigilância e prevenção em cuidados continuados integrados.

Considerando a complexidade clínica dos utentes internados em Unidades de Média Duração e Reabilitação e a relevância das agudizações no percurso de recuperação funcional, considera-se pertinente o desenvolvimento de investigação adicional nesta área, de forma a aprofundar o conhecimento sobre os fatores associados à deterioração clínica em contexto de cuidados continuados integrados.

Neste sentido, sugere-se a realização de estudos prospetivos, multicêntricos, envolvendo diferentes unidades e regiões do país, permitindo obter amostras mais representativas e aumentar a capacidade de generalização dos resultados obtidos.

5. Conclusão

O presente estudo teve como principal objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional dos utentes internados numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, bem como identificar fatores associados à ocorrência de agudizações durante o internamento.

Os resultados obtidos permitiram verificar que os utentes internados apresentavam, globalmente, elevada complexidade clínica e funcional, caracterizada por idade avançada, multimorbilidade, hiperpolimedicação e níveis significativos de dependência funcional. Observou-se ainda que a maioria dos participantes não apresentou episódios de agudização durante o internamento, embora uma parte relevante da amostra tenha desenvolvido situações de deterioração clínica, particularmente relacionadas com quedas, infeções respiratórias e descompensações cardiovasculares.

Os resultados sublinham a importância da avaliação multidimensional dos utentes internados em Unidades de Média Duração e Reabilitação, bem como da implementação de estratégias de vigilância clínica sistemática e de intervenções preventivas dirigidas aos grupos de maior risco.

Neste contexto, considera-se que o enfermeiro assume um papel fundamental na monitorização contínua do estado clínico e funcional dos utentes, contribuindo para prevenção de complicações, promoção da segurança do doente e melhoria da qualidade dos cuidados prestados em cuidados continuados integrados.

Referencias Bibliográficas

Parte I

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: An observational study. *BMJ Open*, 8(1).

Barnes, P. J. (2015). Chronic obstructive pulmonary disease: Effects beyond the lungs. *PNAS*, 112(11), 3264–3270.

Benetos, A., et al. (2019). Gender differences in cardiovascular risk. *European Heart Journal*.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Braden, B., & Bergstrom, N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*, 12(1), 8–12.

Carvalho, A., et al. (2022). Comunicação e segurança do doente em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem*.

Coleman, S., et al. (2013). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. *BMJ*.

COVINSKY, K. E., et al. (2011). Functional status and outcomes in older adults. *JAMA*.

Clegg, A., et al. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762.

Devlin, J. W., et al. (2018). PADIS guidelines. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Via Verde AVC: Normas e procedimentos*. DGS.

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Normas de comunicação e segurança do doente. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência antimicrobiana. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Organização dos serviços de urgência: recomendações técnicas. DGS.
- Endacott, R., et al. (2019). Recognising and responding to clinical deterioration in hospital patients.
- European Resuscitation Council. (2021). ERC guidelines 2021. ERC.
- European Stroke Organisation. (2021). Guidelines for intravenous thrombolysis in acute ischaemic stroke.
- Fried, L. P., et al. (2001). Frailty in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(3), M146–M156.
- Holt-Lunstad, J., et al. (2015). Social relationships and mortality risk. *Perspectives on Psychological Science*.
- Inouye, S. K., et al. (2014). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*.
- Maher, R. L., et al. (2014). Clinical consequences of polypharmacy. *Expert Opinion on Drug Safety*.
- McCarthy, et al. (2023). Chronic disease and acute deterioration in older adults.
- Mitchell, S. L., et al. (2019). Care transitions and acute events in older adults.
- Oksuzyan, A., et al. (2008). Sex differences in health and mortality.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Enfermagem à pessoa em situação crítica: competências. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico do enfermeiro. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-

Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.^a série, n.º 135.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Diário da República.

Rockwood, K., et al. (2005). Frailty in elderly people: An evolving concept. CMAJ.

Salas, E., et al. (2015). Teamwork in healthcare. Annual Review of Psychology.

Schwendimann, R., et al. (2018). Functional dependence and outcomes in long-term care.

Vincent, J.-L., et al. (2020). Patient safety and critical care medicine.

World Health Organization. (2007). Communication during patient handovers. WHO.

World Health Organization. (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care.

World Health Organization. (2011). Antimicrobial resistance report.

World Health Organization. (2017). Patient and family engagement in health care.

World Health Organization. (2018). Standard precautions in health care.

World Health Organization. (2019). Social determinants of health.

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030.

Parte II

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care. *The Lancet*, 380(9836), 37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)

Benetos, A., Petrovic, M., & Strandberg, T. (2019). Hypertension management in older and frail older patients. *Circulation Research*, 124(7), 1045–1060. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313236>

Braden, B. J., & Bergstrom, N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*, 12(1), 8–12.

Burke, R. E., et al. (2016). Preventable adverse events after hospital discharge. *JAMA Internal Medicine*, 176(4), 493–500.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

Coleman, S., et al. (2013). Pressure ulcer risk assessment. *BMJ*, 347, f5557. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5557>

Covinsky, K. E., et al. (2011). Loss of independence in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), 1750–1757.

Fried, L. P., et al. (2001). Frailty in older adults. *Journal of Gerontology*, 56(3), M146–M156.

Goodwin, N., et al. (2014). Coordinated care for people with complex chronic conditions. King's Fund.

Haque, M., et al. (2018). Healthcare-associated infections. *Infection and Drug Resistance*, 11, 2321–2333.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.

Inouye, S. K., et al. (2014). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 370, 444–454.

Leithaus, M., Beaulen, A., de Vries, E., et al. (2022). Integrated care components in transitional care models from hospital to home for frail older adults: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 22(3), 28. <https://doi.org/10.5334/ijic.6447>

Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(1), 57–65.

McCarthy, K., et al. (2023). Clinical deterioration in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(4), 1123–1135.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). Evidence-based practice in nursing & healthcare. Wolters Kluwer.

- Mitchell, A. J., et al. (2019). Predictors of deterioration in older adults. *Age and Ageing*, 48(5), 713–719.
- Morse, J. M. (2009). *Preventing patient falls*. Springer.
- Naylor, M. D., et al. (2011). Transitional care interventions. *Annals of Internal Medicine*, 155(8), 593–603.
- Puhan, M. A., et al. (2016). Clinical outcomes in chronic disease populations.
- Rockwood, K., et al. (2005). Frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489–495.
- Schwendimann, R., et al. (2018). Patient safety and quality in transitional care. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(2), 116–124.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.
- World Health Organization. (2019). *Patient safety: Global action on patient safety*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516336>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing*. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Apêndices

Apendice I

 REPÚBLICA PORTUGUESA	 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES	
Proposta de protocolo de atuação na abordagem da pessoa com febre na triagem		Documento Data:
Aprovado:	Data de Aprovação:	

TÍTULO: Proposta de protocolo de atuação na abordagem da pessoa com febre na triagem

ÂMBITO: Todos os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde Dão-Lafões

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO: Enfermeiros

FUNDAMENTOS: A febre é um dos sinais clínicos mais frequentes observados em contexto de urgência, representando uma resposta fisiológica complexa do organismo a processos inflamatórios, infecciosos ou não infecciosos (Malinovska et al., 2022). Em adultos, a febre constitui um **mecanismo de defesa adaptativo**, mediado por citocinas pirogénicas endógenas que atuam sobre o centro termorregulador hipotalâmico, elevando o ponto de referência térmico corporal (Dinarello, 2021).

Em ambiente de urgência, a febre é um **sintoma transversal a múltiplas patologias**, desde infeções agudas do trato respiratório ou urinário até condições graves como sépsis, endocardite ou meningite (Singer et al., 2016). A sua presença desencadeia frequentemente o recurso aos serviços de saúde, sendo por isso essencial que os profissionais de enfermagem realizem uma **avaliação sistematizada e célere**, de forma a distinguir situações benignas de quadros potencialmente críticos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023).

A febre acompanhada de taquipneia, hipotensão, taquicardia ou alteração do estado de consciência deve motivar uma avaliação imediata, dado o risco de sépsis ou de outra condição grave. O reconhecimento precoce destes sinais é essencial para o prognóstico e exige vigilância contínua; neste contexto. Neste contexto, o enfermeiro

assume um papel determinante na monitorização e implementação de medidas adequadas para prevenir a deterioração clínica (Dinarello, 2021; O’Grady et al., 2008; Laupland, 2009).

Além disso, a febre, enquanto sinal vital alterado, deve ser analisada em conjunto com outros parâmetros fisiológicos, integrando sistemas de **avaliação precoce do risco de deterioração clínica**, como o National Early Warning Score (NEWS2), amplamente utilizado nos serviços de urgência hospitalar (Royal College of Physicians, 2017).

Assim, compreender a fisiopatologia da febre e a sua relevância no contexto de urgência permite uma atuação fundamentada, segura e baseada na evidência científica, reforçando a importância da **vigilância clínica contínua** e do **raciocínio crítico** no cuidado à pessoa adulta com febre.

A escolha do tema “febre em contexto de urgência” justifica-se pela elevada prevalência deste sinal clínico como motivo de admissão hospitalar e pela sua relevância no processo de avaliação e tomada de decisão clínica em enfermagem. A febre, sendo um dos sintomas mais frequentemente reportados pelos utentes que recorrem ao Serviço de Urgência (SU), requer uma abordagem criteriosa e sistematizada, uma vez que pode refletir desde processos infecciosos autolimitados até condições potencialmente fatais, como sépsis ou choque séptico (Singer et al., 2016).

O aumento da complexidade e gravidade das condições clínicas, associado à sobrecarga e limitação de recursos nos serviços de urgência, exige que os enfermeiros possuam competências avançadas de avaliação, monitorização e tomada de decisão clínica, de modo a assegurar a gestão segura e eficaz das pessoas com febre e outras situações críticas (Cabilan & Eley, 2021; Baernholdt, Cox, & Scully, 2018). A febre, quando corretamente interpretada, constitui um marcador clínico importante que pode orientar a priorização de cuidados e a implementação precoce de medidas terapêuticas adequadas.

A pertinência deste tema também se relaciona com a necessidade de reforçar o raciocínio clínico e a prática baseada na evidência, pilares fundamentais da enfermagem médico-cirúrgica e da especialização na pessoa em situação crítica (Benner, 2001). A abordagem estruturada da febre permite aos enfermeiros reconhecer precocemente situações de risco, como a progressão para disfunção orgânica ou instabilidade hemodinâmica, promovendo uma resposta rápida e eficaz (Royal College of Physicians, 2017).

Adicionalmente, este tema reveste-se de interesse académico e profissional, pois contribui para o desenvolvimento de protocolos e boas práticas que sustentem a segurança

da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados em serviços de urgência. Assim, a elaboração deste protocolo visa não apenas uniformizar condutas, mas também potenciar a tomada de decisão fundamentada e a articulação entre as equipas de saúde da ULS Dão Lafões.

OBJETIVOS:

- Elaborar um protocolo de atuação para a abordagem da febre em contexto de urgência na ULS Dão Lafões, que oriente a prática de enfermagem baseada na evidência científica, promovendo a avaliação sistematizada, a intervenção precoce e a segurança da pessoa adulta em situação crítica ou potencialmente crítica.
- Identificar a fisiopatologia e mecanismos reguladores da febre no adulto, relacionando-os com a resposta inflamatória e infecciosa.
- Descrever as principais causas de febre em contexto de urgência e os critérios de gravidade associados.
- Sistematizar os procedimentos de avaliação e monitorização de enfermagem perante a pessoa com febre.
- Definir intervenções de enfermagem direcionadas ao controlo térmico, conforto e vigilância clínica da pessoa com febre
- Estabelecer critérios de comunicação e articulação com a equipa médica, garantindo uma resposta integrada e eficaz.
- Promover a uniformização de práticas clínicas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no serviço de urgência.
- Contribuir para o fortalecimento do raciocínio clínico e da tomada de decisão baseada na evidência no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

DEFINIÇÕES:

Febre: A febre é uma síndrome constituída por um conjunto de sintomas e sinais que exprimem fenómenos de reação frente a diversas agressões, especialmente infeções, e que provoca a alteração na função do centro termorregulador hipotalâmico, responsável pela regulação da temperatura, ao contrário do que acontece na hipertermia. O sinal principal é o aumento da temperatura corporal acima de 38°C (entre 37°C e 38°C é um estado subfebril). A sintomatologia mais comum é calafrios, aumento da frequência cardíaca e respiratória, pele seca e quente, boca seca e suores. Nas crianças a febre acompanha-se frequentemente de convulsões. (Fonseca, et al., 2012)

Fisiopatologia da febre: A temperatura, enquanto sinal vital, deve ser rigorosamente medida e registrada. Em estado de saúde, a amplitude térmica individual ao longo da vida varia entre 1,0°C e 2,0°C. Considerar-se febre uma temperatura igual ou superior a 1,0°C acima da média das temperaturas basais individuais no mesmo local de avaliação (axila, retal, oral, timpânica).

A febre é a elevação da temperatura corporal acima da temperatura basal individual. Para uma melhor interpretação da febre, será importante reconhecer os componentes de reação de fase aguda, da qual a febre é um dos principais componentes.

A reação de fase aguda é o conjunto de alterações adaptativas – neuroendócrinas, hematológicas, metabólicas, fisiológicas, comportamentais, nutricionais e laboratoriais – cujo objetivo é a defesa do organismo e a consequente sobrevivência, de preferência sem sequelas. A ativação dos diversos mecanismos fisiopatológicos que constituem a reação de fase aguda, leva à produção no fígado das diferentes proteínas inflamatórias “positivas”, com aumento da sua concentração sérica (proteína C reativa, substância amiloide A, fibrinogénio, ferritina, frações do complemento, angiotensina, alfa-1 antitripsina e de muitas outras proteínas) e proteínas inflamatórias “negativas”, com diminuição da sua concentração (albumina, transferrina, α -fetoproteína, entre outras), à ativação da imunidade inata (ativação dos leucócitos / macrófagos) e da imunidade adaptativa, humoral e celular. Outras manifestações clínicas da reação de fase aguda são a astenia / sonolência e a diminuição do apetite, evitando o consumo de energia que seria obrigatória durante os processos da deambulação, alimentação e da digestão, consumindo parte das reservas energéticas existentes no músculo (e daí também as mialgias e a astenia) e no fígado. (Direção Geral da Saúde, 2018)

As alterações fisiopatológicas da reação de fase aguda são desencadeadas por mediadores celulares (citocinas), que atuam em todo o organismo, mas em especial na medula óssea, no hepatócito e nas células intervenientes nas imunidades inata e adaptativa e, a nível do centro termorregulador hipotalâmico. Neste último, desencadeia a elevação do *set-point* do termostato hipotalâmico, com a consequente elevação da temperatura corporal.

Na febre, a subida da temperatura deve-se a uma maior ativação dos mecanismos da termogénese. São significativos os mecanismos fisiológicos de conservação de calor (com a consequente vasoconstrição periférica) associado aos comportamentos para

diminuir as perdas de calor para o ambiente (enrolar-se na “posição fetal”, procura de agasalhos e/ou de fonte de calor), mas também a produção de calor pelos metabolismos energéticos, pelos tremores, calafrios e a ereção dos pelos cutâneos.

Na fase ascensional da febre, a pessoa tem a sensação de frio, manifestado pela procura de agasalhos ou de calor, com alguma palidez transitória, com ocorrência de tremores, por vezes calafrios. (DGS, 2018)

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO: Na prática, podem avaliar-se três tipos de temperatura: temperatura corporal central, temperatura corporal superficial e temperatura corporal basal. Os métodos de medição são:

- não invasivo, mede a temperatura corporal em localizações superficiais do corpo como a axila, virilha, canal auditivo externo, testa, pescoço e tórax;
- semi invasivo, requer transdutor para ser colocado através de um orifício natural do corpo, boca ou tímpano;
- invasivo, transdutor é inserido numa posição corporal profunda – reto, vagina, esófago, cavidade nasal, bexiga e trato digestivo. (Brekke, 2019)

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DA FEBRE:

A febre representa uma resposta fisiológica adaptativa a estímulos infecciosos e não infecciosos, desempenhando um papel protetor na ativação da resposta imunitária. A evidência atual demonstra que a terapêutica antipirética não reduz a mortalidade nem previne complicações graves, devendo, por isso, a decisão de tratar basear-se sobretudo nos sintomas, no conforto e na causa subjacente, e não apenas nos valores de temperatura corporal (Puskarich et al., 2022).

A febre, enquanto resposta fisiológica adaptativa, favorece a ativação do sistema imunitário e inibe a replicação de microrganismos, desempenhando, por isso, um papel protetor em muitas situações infecciosas. Com efeito, existe evidência de que a febre moderada (inferior a 40 °C) pode desempenhar um papel protetor nos mecanismos de defesa do hospedeiro (Niven et al., 2014).

A febre isolada, particularmente quando inferior a 38,5-39,0 °C e sem sinais de gravidade, não requer tratamento farmacológico sistemático, devendo privilegiar-se a vigilância clínica e as medidas não farmacológicas (NICE, 2022). Nestes casos, recomenda-se hidratação adequada, controlo ambiental e reavaliação periódica da pessoa,

evitando o uso desnecessário de antipiréticos, que pode mascarar sintomas importantes ou atrasar o diagnóstico etiológico (Reis et al., 2023).

Medidas não farmacológicas: Medidas como a regulação da temperatura ambiente, a promoção de ventilação adequada, a remoção de vestuário excessivo, o repouso e a manutenção de uma hidratação adequada constituem intervenções fundamentais na abordagem inicial da febre. Estas estratégias visam melhorar o conforto da pessoa e prevenir complicações, nomeadamente a desidratação.

A evidência disponível demonstra, contudo, que muitas formas de arrefecimento periférico reduzem a temperatura corporal apenas de forma transitória, sem benefício comprovado no alívio do desconforto a longo prazo (Watts & Robertson, 2012; Silva et al., 2024).

A aplicação de compressas frias podem induzir uma descida temporária da temperatura corporal, mas podem provocar tremores ou sensação de desconforto adicional. Por este motivo, não são recomendadas de forma rotineira em todas as pessoas febris, devendo ser utilizadas apenas quando se verifica benefício evidente para o conforto da pessoa (Watts & Robertson, 2012).

Adicionalmente, uma revisão integrativa recente conclui que as intervenções não farmacológicas isoladas não devem ser utilizadas como tratamento exclusivo da febre, mas sim como complemento de suporte à resposta fisiológica do organismo (Reis et al., 2023).

Medidas Farmacológicas: Os antipiréticos de eleição são o paracetamol e o ibuprofeno, cuja utilização deve ser orientada pela presença de sintomas associados (como dor ou desconforto), pelas comorbilidades existentes, nomeadamente insuficiência renal ou risco gastrointestinal, bem como pela idade, peso corporal e contraindicações específicas de cada pessoa (Haleon Health Partner, 2022).

Paracetamol é considerado o antipirético de primeira linha, devido ao seu perfil de segurança e à ausência de efeitos gastrointestinais ou renais significativos nas doses terapêuticas habituais (World Health Organization [WHO], 2023).

- Dose habitual: **10–15 mg/kg/dose em crianças e 500–1000 mg/dose em adultos**, administrados por **via oral a cada 4–6 horas, não excedendo 60 mg/kg/dia ou 4 g/dia** (DGS, 2022).

- Precauções: deve ser evitado em situações de insuficiência hepática ou alcoolismo crónico, sendo necessário ajustar a dose em casos de doença hepática pré-existente (WHO, 2023).

Ibuprofeno constitui uma alternativa eficaz ao paracetamol, especialmente quando existe componente inflamatória associada ou quando o paracetamol isolado se revela insuficiente no controlo do desconforto (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

- Dose habitual: **5–10 mg/kg/dose em crianças e 200–400 mg/dose em adultos**, por via oral, a cada 6–8 horas, não ultrapassando **30 mg/kg/dia ou 1200 mg/dia** sem supervisão médica (NICE, 2022).
- Precauções: contraindicado em pessoas com insuficiência renal, úlcera péptica ativa, gastrite erosiva, desidratação significativa ou história de alergia a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) (Silva et al., 2024).

O recurso aos antipiréticos está indicado quando a febre se associa a desconforto significativo, alterações do estado geral, dores musculares intensas, cefaleias, desidratação, doença cardíaca, respiratória ou neurológica pré-existente, ou ainda em pessoas imunodeprimidas (WHO, 2023; DGS, 2022). O objetivo da intervenção não é a normalização imediata da temperatura, mas sim a redução do desconforto e do risco de complicações clínicas.

A avaliação do desconforto associado à febre deve ser contínua, individualizada e centrada na observação global da pessoa (Milani et al., 2024). A perceção de mal-estar é influenciada por múltiplos fatores — idade, estado geral, presença de dor, nível de consciência, hidratação, comorbilidades e contexto clínico subjacente (Reis et al., 2023).

A avaliação deve incluir parâmetros como:

- Comportamento e reatividade (irritabilidade, letargia, agitação);
- Ingestão alimentar e ingestão hídrica;
- Qualidade do sono e repouso;
- Expressão facial e verbalização de dor ou mal-estar;
- Perfusão periférica, coloração da pele e sudorese;

- Presença de tremores ou calafrios;
- Sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e tensão arterial).

Em pediatria, é particularmente relevante a observação do comportamento habitual, da capacidade de interação e da resposta aos estímulos, sendo a atitude e o contacto visual indicadores sensíveis de desconforto (NICE, 2022).

A decisão de intervir terapêuticamente na febre deve basear-se numa avaliação global da pessoa, considerando o nível de desconforto, o estado clínico e a causa subjacente, uma vez que a evidência demonstra que a redução da temperatura por si só não melhora os resultados clínicos e pode até interferir na resposta fisiológica adaptativa. (Puskarich et al., 2022; Meremikwu & Ogunsile, 2021).

A administração de antipiréticos está indicada sempre que a pessoa apresente mal-estar evidente, dor significativa, prostração ou comprometimento das funções vitais.

Em contraponto, nos casos em que a pessoa se apresenta clinicamente estável, bem hidratado, sem dor relevante e com temperatura inferior a 39 °C, é recomendada uma abordagem expectante, privilegiando a vigilância clínica e o conforto físico (WHO, 2023).

ARTICULAÇÃO COM O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER (STM)

O sistema de triagem de Manchester é um método estruturado que permite identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e organizada, com base nos problemas identificados pelo discriminador, priorizando o atendimento das pessoas nos serviços de urgência, com base no nível de gravidade clínica e não pela ordem de chegada. Tem como objetivos gerais:

- Definir níveis de prioridade;
- Identificar critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada;
- Garantir equidade e segurança no atendimento;
- Otimizar a alocação de recursos nos serviços de urgência;

(Amaral, 2017 & Gonçalves, 2024)

Assim sendo, STM contém 52 fluxogramas e cada fluxograma possui um conjunto de discriminadores, que podem ser gerais ou específicos. O sistema atribui uma cor de prioridade e um tempo máximo até à primeira observação médica.

- Cor vermelho – **emergente** – atendimento imediato
- Cor laranja – **muito urgente** – atendimento até 10min
- Cor amarela – **urgente** – atendimento até 60min
- Cor verde – **pouco urgente** – atendimento até 120min
- Cor azul – **não urgente** – atendimento até 240min

(Amaral, 2017 & Gonçalves, 2024)

A febre não tem fluxograma único, pode estar incluído vários fluxogramas, como por exemplo: indisposição do adulto; dor de garganta; problemas respiratórios; dor abdominal; problemas urinários; dor de cabeça.

A prioridade na triagem associada à febre depende dos sinais de gravidade desde: sinais de hipoperfusão; sinais de sépsis; alterações neurológicas; dificuldade respiratória e idade.

Finalizando, a febre é um sintoma extremamente frequente e inespecífico. Assim a uniformização através dos MTS garante que:

- Todos os profissionais usem os mesmos critérios;
- Reduz a variabilidade clínica;
- Possuir habilidade de análise, síntese e tomada de decisão;
- Melhora a segurança da pessoa;
- Facilita as auditorias;

(Costa, 2020 & Gonçalves, 2024)

PROPOSTA DE PROTOCOLO:

1. Avaliar temperatura timpânica (Considera-se febre uma **temperatura auricular superior a 38°C.**)
2. Perante a pessoa com febre, deve ser avaliada a **disponibilidade da via oral** para administração de antipirético.
3. Administrar fármaco de primeira linha: **Paracetamol**

Se a via oral estiver disponível e **não existirem contraindicações**, deve ser administrado **paracetamol** (World Health Organization (WHO, 2023), de acordo com as seguintes posologias:

- **Adultos:** 500–1000 mg por dose;
- **Crianças:** 10–15 mg/kg por dose;
- **Intervalo entre doses:** 4–6 horas (DGS, 2022)

Contraindicações ao uso de paracetamol:

- Alergia conhecida ao fármaco;
- Dor abdominal ou vômitos;
- Doença hepática conhecida ou suspeita (WHO, 2023)

4. Fármaco de Segunda Linha: **Ibuprofeno**

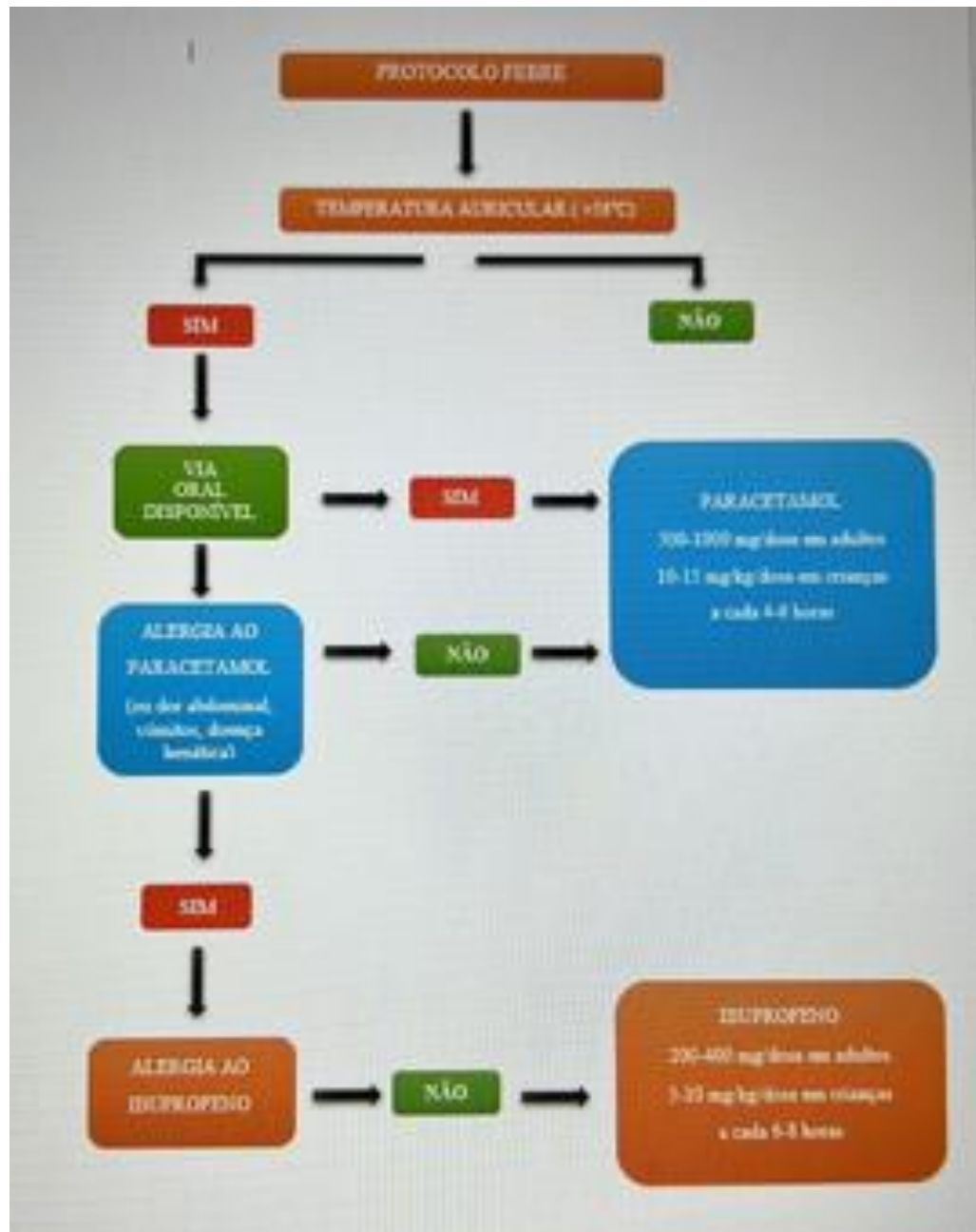
Nos casos em que o paracetamol está contraindicado ou é ineficaz, deve ser administrado **ibuprofeno**, nas seguintes doses:

- **Adultos:** 200–400 mg por dose;
- **Crianças:** 5–10 mg/kg por dose;
- **Intervalo entre doses:** 6–8 horas (NICE, 2022)

Contraindicações ao uso de ibuprofeno:

- Alergia conhecida ao fármaco;
- Doença renal;
- Úlcera péptica ativa ou gastrite erosiva;

- Desidratação significativa (Silva et al., 2024)



Considerações Finais

Na presença de contraindicações simultâneas ao paracetamol e ao ibuprofeno, ou quando a via oral não se encontra disponível, deverá ser considerada avaliação médica para definição de terapêutica alternativa ou abordagem pela via parentérica, conforme o quadro clínico e as orientações médicas em vigor.

Referências Bibliográficas

Amaral, P. (2017). Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam. Dissertação. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no repositório da ESEnfC

Baernholdt, M., Cox, K., & Scully, K. (2018). Quality of care, patient safety, and nurse competencies: A global challenge. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 111–121. <https://doi.org/10.1111/jnu.12363>

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

Brekke, I., Puntervoll, L., PedersenP., Kellett, J., & Brabrand, M. (2019). The value of vital sign trends in predicting and monitoring clinical deterioration: A systematic review. *PLoSOne*

Cabilan, C. J., & Eley, R. (2021). Identifying the gaps in emergency nurses' knowledge and practice in the assessment and management of fever: An integrative review. *International Emergency Nursing*, 56, 100993. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100993>

Costa, F. (2020). Triagem de manchester: intervenção dos enfermeiros. Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2022/02/Triagem-Manchester-Intervenc%CC%A7a%CC%83o-dos-enfermeiros.pdf>

Dinarello, C. A. (2021). Overview of fever in adults. UpToDate.

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 021/2022: Abordagem clínica da febre no adulto e na criança. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma nº 015/2023 – Abordagem da febre no adulto em contexto de urgência hospitalar. DGS.

Fonseca, F., Alves Falcato, J., Andersen, F., Nunes de Almeida, J., Tojinha, M. (2012). *Dicionário médico climepsi* (1.^a ed.). Climepsi Editores.

Gonçalves, L. (2024). A qualidade do sistema de triagem de mancherter na perspetiva dos enfermeiros. Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. UTAD [https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2024/10/2024-Out-](https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2024/10/2024-Out-Luis-Goncalves-Tese-Mestrado-Qualidade-Sistema-TM-Perspetiva-Enfermeiros.pdf)

[Luis-Goncalves-Tese-Mestrado-Qualidade-Sistema-TM-Perspetiva-Enfermeiros.pdf](https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2024/10/2024-Out-Luis-Goncalves-Tese-Mestrado-Qualidade-Sistema-TM-Perspetiva-Enfermeiros.pdf)

Haleon Health Partner. (2022). Fever management: Clinical guidance and product information for healthcare professionals. Londres: Haleon Health Partner. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210875>

Laupland, K. B. (2009). Fever in the critically ill medical patient. *Critical Care Medicine*, 37(7 Suppl), S273–S278. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181aa6117>

Malinovska, A., Malinovska, L., Nickel, C. H., & Bingisser, R. (2022). Prevalence and prognosis of fever symptoms, hypo-, and hyperthermia in unselected emergency patients. *Journal of Clinical Medicine*, 11(1), 24.

<https://doi.org/10.3390/jcm11010024>

Meremikwu, M. M., & Ogunbile, C. O. (2021). Antipyretic drugs for treating fever in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD003676. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003676.pub6>

Milani, G. P., Alberti, I., Bonetti, A., Garattini, S., Corsello, A., Marchisio, P., & Chiappini, E. (2024). Definition and assessment of fever-related discomfort in pediatric literature: a systematic review. *European journal of pediatrics*, 183(11), 4969–4979. <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05753-7>

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Fever in under 5s: Assessment and initial management (NICE Guideline NG143). Londres: NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>

Niven, D. J., Gaudet, J. E., Laupland, K. B., Mrklas, K. J., Roberts, D. J., & Stelfox, H. T. (2014). Accuracy of peripheral thermometers for estimating temperature: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 161(12), 900–911. <https://doi.org/10.7326/M14-1656>

- O'Grady, N. P., Barie, P. S., Bartlett, J. G., et al. (2008). Guidelines for evaluation of new fever in critically ill adult patients: 2008 update. *Critical Care Medicine*, 36(4), 1330–1349. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318169eda9>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores. DGS.
- Puskarich, M. A., et al. (2022). Antipyretic therapy in adults with fever: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 17(7), e0269744. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269744>
- Reis, M. J., Costa, L., & Fernandes, T. (2023). Intervenções não farmacológicas no controlo da febre: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, VII(20), e23121. <https://doi.org/10.12707/RVII23121>
- Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS2): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. RCP.
- Silva, L., Rodrigues, A., & Matos, P. (2024). Utilização segura de antipiréticos: Revisão narrativa sobre o paracetamol e o ibuprofeno em contexto clínico. *Acta Médica Portuguesa*, 37(5), 312–320. <https://doi.org/10.20344/amp.20456>
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J. L., & Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810.
- Watts, R., & Robertson, J. (2012). Temperature management in the febrile patient: A review of non-pharmacological interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2734–2746. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05969.x>
- World Health Organization. (2023). WHO guidelines on the management of fever in adults and children. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications>